

Universidad de Cádiz

Departamento de Enfermería y Fisioterapia



Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar

RAFAEL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

DIRIGIDA POR

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES MARTELO BARO

DRA. PILAR BAS SARMIENTO

Cádiz, 2015

Las doctoras D^a MARÍA DE LOS ÁNGELES MARTELO BARO, Catedrática de Escuela Universitaria y D^a PILAR BAS SARMIENTO, Profesora Titular de Universidad, pertenecientes al Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz

CERTIFICAN QUE:

El trabajo titulado **“Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar”** ha sido realizado bajo nuestra dirección por D. RAFAEL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ para optar al grado de Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad de Cádiz.

Cádiz, 25 de mayo de 2015

Fdo. Dra. M^a Ángeles Martelo Baro

Fdo. Dra. Pilar Bas Sarmiento

Dedicatoria

*A Lola, Carolina y Laura. Hacéis que
mis años pasen repletos de satisfacción
¡Qué orgulloso me siento de vosotras!*

Agradecimientos

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la Dra. María de los Ángeles Martelo Baro y a la Dra. Pilar Bas Sarmiento, directoras de esta tesis, que, aun teniendo asuntos más importantes que atender, han puesto a mi disposición su tiempo, sus recursos y sus conocimientos para que pudiese empezar, desarrollar y finalizar este trabajo. Muchísimas gracias.

A D. Juan Antonio Sánchez Guerrero, Director de Enfermería del Hospital del SAS “Punta de Europa” de Algeciras. Gracias por tu inquietud, tesón y esfuerzo para que pudiese obtener los datos que necesitaba a tiempo. Gracias, también, por cuantas explicaciones me has dado para que entendiese las nuevas formas de hacer enfermería.

A D. Cayetano Martínez, Jefe del Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. Qué buena base de datos me creaste, amigo.

A los matemáticos D. Luis Martínez y D. Martín Franco. Cuántas dudas habéis sabido resolverme y con qué facilidad y agrado lo habéis hecho. Gracias.

A D. Andrés Jiménez, supervisor del Servicio de Apoyo Estadístico de la Universidad de Cádiz. ¿A cuántos correos nos has contestado?, Andrés. Gracias.

Al Dr. José Alberto Salinas de la Universidad Loyola Andalucía. Sin tu ayuda con los mapas “todavía estaría perdido”. Suerte en tu aventura australiana y buen viaje, amigo. Muchas gracias.

A mis compañeras/os del PDI, profesoras/es Paublete, Fernández, Gavira, Carnicer, Cabanillas, Castro, Paloma, Rodríguez, Bianchi, Collado, Torrecilla y Prieto por vuestras enseñanzas y continuadas dosis de aliento y apoyo durante la realización de esta tesis. Muy especialmente al Prof. Moreno Corral. Hace ya algunos años en la dedicatoria de mi libro sobre fundamentos de enfermería escribí “a Luis Moreno, mi amigo, por enseñarme y demostrarme la fidelidad de la amistad y la perseverancia en el trabajo”, ahora quiero hacerlo de nuevo y agradecerle que continúe sirviéndome de ejemplo a seguir.

A mis compañeras del PAS, Pilar, secretaria incansable donde las haya, María Luisa, Anita y Milagros, por estar siempre pendiente a lo que me hiciese falta.

A toda mi familia por su confianza y empuje, en especial a mi suegro; no ha pasado un solo día en el que no preguntara cómo llevaba el trabajo.

A Yolanda y Antonio, enormes amigos, compañeros de viajes y salidas. Cuánto me habéis soportado hablando de mi tesis.

Y como no, a los fantásticos tertulianos de la cafetería 15: Marcos, Pedro y Rosa, Javier, Isco, Alfonso, Salvador, Pedrito, el Brigada, el Malagueño, Ian, Manci, Loren, Javi, Chico, Chume, Manolo y Dionisio. Gracias por vuestro interés y reiteradas preguntas: ¿cómo lo llevas?, ¿qué te falta?, ¿qué te queda?... Sois extraordinarios.

Índices y abreviaturas

Índice temático

1. INTRODUCCIÓN	25
2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	31
2.1. Marco Teórico	33
2.1.1. Los modelos conceptuales de enfermería	33
2.1.2. Diferencia entre los modelos conceptuales y las teorías	49
2.1.3. Necesidad de adoptar un modelo	52
2.1.4. El modelo de cuidados de Virginia Henderson	55
2.1.5. Aplicación del modelo en la práctica. El Proceso de Enfermería	68
2.1.5.1. Análisis de las etapas del Proceso de Enfermería	73
2.1.6. La aplicación de herramientas informáticas a la práctica de la Enfermería	101
2.1.6.1. Aplicación informática Diraya	105
2.1.6.2. Aplicación informática Azahar	107
2.2. Justificación del estudio	110
2.3. Objetivos	123
2.3.1. Fase 1	124
2.3.2. Fase 2	124
3. MATERIAL Y MÉTODOS	127
3.1. Fase 1. Actualización del modelo de Virginia Henderson para el estudio disciplinar y la práctica asistencial de la enfermería actual	130
3.1.1. Diseño del Estudio	130
3.1.2. Descriptores	131
3.1.3. Buscadores y Bases de Datos	131
3.1.4. Etapas del Estudio	134
3.2. Fase 2. Identificación de las necesidades básicas de salud, fundamentadas en el modelo de Henderson actualizado, de la población asistida del Campo de Gibraltar	135
3.2.1. Diseño del Estudio	135

3.2.2. Ámbito del Estudio	135
3.2.3. Población de Referencia, Objeto y Período de Estudio	137
3.2.3.1. Criterios de Exclusión	138
3.2.4. Fuente de Información de Datos	139
3.2.5. Método de Obtención de Datos	140
3.2.6. Análisis Estadístico	142
3.2.6.1. Estadísticos Descriptivos	142
3.2.6.2. Medidas de Incidencia	143
3.2.6.3. Sistemas de Información Geográfica (SIG)	147
4. RESULTADOS	149
4.1. Fase 1. Actualización del modelo de Virginia Henderson para el estudio disciplinar y la práctica asistencial de la enfermería actual	151
4.1.1. Propuestas a las Asunciones Científicas o Postulados	151
4.1.2. El concepto de Necesidad. Propuestas para la determinación de las Necesidades Humanas Básicas	158
4.1.3. Propuestas para la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el marco del Proceso de Enfermería	178
4.2. Fase 2. Identificación de las necesidades básicas de salud, fundamentadas en el modelo de Henderson actualizado, de la población asistida del Campo de Gibraltar	231
4.2.1. Episodios asistenciales	231
4.2.2. Episodios asistenciales según Necesidades	240
4.2.3. Necesidades y etiquetas diagnósticas	278
5. DISCUSIÓN	319
5.1. Epidemiología general: episodios asistenciales	321
5.2. Necesidades según Henderson: influencias según género, edad, municipio y área de referencia hospitalaria	325
5.2.1. “Evitar los peligros ambientales y lesionar a otros” (N ₉)	326
5.3. Diagnóstico Principal: influencias según género, edad, municipio y área de referencia hospitalaria	328
5.3.1. La etiqueta “Riesgo de infección”	328
5.3.2. La etiqueta “Ansiedad”	331
5.3.3. La etiqueta “Riesgo de caídas”	333

5.4. Limitaciones	336
6. CONCLUSIONES	341
6.1. Fase 1. Actualización del modelo de Virginia Henderson para el estudio disciplinar y la práctica asistencial de la enfermería actual	343
6.2. Fase 2. Identificación de las necesidades básicas de salud, fundamentadas en el modelo de Henderson actualizado, de la población asistida del Campo de Gibraltar	346
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	349
ANEXO I.- Autorización del Proyecto por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Puerto Real, Bahía de Cádiz, La Janda y Campo de Gibraltar	383

Índice de tablas

TABLA 1. Conceptos metaparadigmáticos de Peplau, Orlando y King	41
TABLA 2. Conceptos metaparadigmáticos de Orem y Roy	43
TABLA 3. Conceptos metaparadigmáticos de Rogers y Neuman	45
TABLA 4. Conceptos metaparadigmáticos de Leininger y Watson	47
TABLA 5. Aproximaciones para la elección de un modelo	53
TABLA 6. Comparación entre los diferentes tipos de Diagnósticos de Enfermería	85
TABLA 7. Hoja de Plan de Cuidados Individualizado	99
TABLA 8. Centros asistenciales sanitarios del Campo de Gibraltar	137
TABLA 9. Población de los municipios del Campo de Gibraltar	138
TABLA 10. Valoración de la necesidad 1	182
TABLA 11. Valoración de la necesidad 2	183
TABLA 12. Valoración de la necesidad 3	184
TABLA 13. Valoración de la necesidad 4	185
TABLA 14. Valoración de la necesidad 5	186
TABLA 15. Valoración de la necesidad 6	187
TABLA 16. Valoración de la necesidad 7	188
TABLA 17. Valoración de la necesidad 8	189
TABLA 18. Valoración de la necesidad 9	191
TABLA 19. Valoración de la necesidad 10	192
TABLA 20. Valoración de la necesidad 11	193
TABLA 21. Valoración de la necesidad 12	195
TABLA 22. Valoración de la necesidad 13	197
TABLA 23. Valoración de la necesidad 14	198
TABLA 24. Clasificación de los diagnósticos de la NANDA por necesidades según el modelo de V. Henderson	207
TABLA 25. Verbos utilizados para formular objetivos dirigidos a reducir o eliminar la falta de fuerza	219

TABLA 26. Verbos utilizados para formular objetivos dirigidos a reducir o eliminar la falta de voluntad	219
TABLA 27. Verbos utilizados para formular objetivos dirigidos a reducir o eliminar la falta de conocimientos	220
TABLA 28. Población adscrita a los diferentes municipios de la comarca del Campo de Gibraltar, proyección de población año 2010	232
TABLA 29. Episodios asistenciales, proyección de población a mitad del periodo y tasa de incidencia (personas-periodo de seguimiento) 2010	233
TABLA 30. Episodios asistenciales, proyección de población a mitad del periodo y tasa de incidencia (personas-periodo de seguimiento) 2010, según género y razón hombre/mujer	234
TABLA 31. Distribución de los episodios asistenciales según grupos de edad, género y razón hombre/mujer	236
TABLA 32. Distribución de los episodios asistenciales por grupos de edad, municipio y género	237
TABLA 33. Distribución de los episodios asistenciales según centro sanitario, porcentaje y género	238
TABLA 34. Distribución de los episodios asistenciales según área de influencia hospitalaria, porcentaje y género	239
TABLA 35. Distribución de las necesidades identificadas en el total de los episodios asistenciales estudiados	240
TABLA 36. Distribución de las necesidades identificadas por género	241
TABLA 37. Distribución por municipios de las tasas de incidencia, por mil habitantes, de las necesidades, para el periodo de estudio (2010)	243
TABLA 38. Distribución de los episodios asistenciales según necesidades por municipios y expresados en porcentajes	261
TABLA 39. Distribución de los episodios asistenciales según necesidades por municipios y expresados en porcentajes para el sexo masculino	264
TABLA 40. Distribución de los episodios asistenciales según necesidades por municipios y expresados en porcentajes para el sexo femenino	265
TABLA 41. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los pacientes atendidos con necesidades alteradas y género	268
TABLA 42. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₁ , por municipios y sexos	271
TABLA 43. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₂ , por municipios y sexos	271
TABLA 44. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₃ , por municipios y sexos	272
TABLA 45. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₄ , por municipios y sexos	272

TABLA 46. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₅ , por municipios y sexos	273
TABLA 47. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₆ , por municipios y sexos	273
TABLA 48. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₇ , por municipios y sexos	274
TABLA 49. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₈ , por municipios y sexos	274
TABLA 50. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₉ , por municipios y sexos	275
TABLA 51. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₁₀ , por municipios y sexos	275
TABLA 52. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₁₁ , por municipios y sexos	276
TABLA 53. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₁₂ , por municipios y sexos	276
TABLA 54. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₁₃ , por municipios y sexos	277
TABLA 55. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N ₁₄ , por municipios y sexos	277
TABLA 56. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₁ según género	278
TABLA 57. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₂ según género	279
TABLA 58. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₃ según género	280
TABLA 59. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₄ según género	281
TABLA 60. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₅ según género	282
TABLA 61. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₆ según género	282
TABLA 62. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₇ según género	283
TABLA 63. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₈ según género	283
TABLA 64. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₉ según género	285
TABLA 65. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₁₀ según género	287
TABLA 66. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₁₁ según género	288
TABLA 67. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₁₂ según género	289
TABLA 68. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₁₃ según género	291
TABLA 69. Distribución de las etiquetas diagnósticas en la N ₁₄ según género	291

TABLA 70. Distribución de la etiqueta diagnóstica principal en cada Necesidad	293
TABLA 71. Distribución de la etiqueta diagnóstica 00004, “ <i>Riesgo de infección</i> ”, en el total de episodios asistenciales y según género	293
TABLA 72. Distribución de la etiqueta diagnóstica 00085, “ <i>Deterioro de la movilidad física</i> ”, en el total de episodios asistenciales y según género	294
TABLA 73. Distribución de la etiqueta diagnóstica 00108, “ <i>Déficit de autocuidado: baño/higiene</i> ”, en el total de episodios asistenciales y según género	294
TABLA 74. Distribución de la etiqueta diagnóstica 00098, “ <i>Deterioro en el mantenimiento del hogar</i> ”, en el total de episodios asistenciales y según género	294
TABLA 75. Distribución por Municipios de las tasas de incidencia, por mil habitantes, de los episodios asistenciales según etiqueta diagnóstica, para el periodo de estudio (2010)	295
TABLA 76. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Riesgo de infección</i> ” por municipios y según género	298
TABLA 77. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Deterioro de la movilidad física</i> ”, por municipios y según género	298
TABLA 78. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Déficit de autocuidado: baño/higiene</i> ”, por municipios y según género	299
TABLA 79. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Deterioro en el mantenimiento del hogar</i> ”, por municipios y según género	300
TABLA 80. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los pacientes atendidos y por sexos	301
TABLA 81. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios con etiqueta diagnóstica de “ <i>Riesgo de infección</i> ”, por municipios y sexos en el CG	302
TABLA 82. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios con etiqueta diagnóstica de “ <i>Deterioro de la movilidad física</i> ”, por municipios y sexos en el CG	303
TABLA 83. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios con etiqueta diagnóstica de “ <i>Déficit de autocuidado: baño/higiene</i> ”, por municipios y sexos en el CG	304
TABLA 84. Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios con etiqueta diagnóstica de “ <i>Deterioro en el mantenimiento del hogar</i> ”, por municipios y sexos en el CG	305
TABLA 85. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Riesgo de infección</i> ” por grupos etarios y según género	306
TABLA 86. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Deterioro de la movilidad física</i> ” por grupos etarios y según género	307
TABLA 87. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Déficit de autocuidado: baño/higiene</i> ” por grupos etarios y según género	307
TABLA 88. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Deterioro en el mantenimiento del hogar</i> ” por grupos etarios y según género	308

TABLA 89. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Riesgo de infección</i> ” por grupos de edad, municipio y género	309
TABLA 90. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Deterioro de la movilidad física</i> ” por grupos de edad, municipio y género	310
TABLA 91. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Déficit de autocuidado: baño/higiene</i> ” por grupos de edad, municipio y género	312
TABLA 92. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Deterioro en el mantenimiento del hogar</i> ” por grupos de edad, municipio y género	313
TABLA 93. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Riesgo de infección</i> ” según centro asistencial y género	315
TABLA 94. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Deterioro de la movilidad física</i> ” según centro asistencial y género	316
TABLA 95. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Déficit de autocuidado: baño/higiene</i> ” según centro asistencial y género	317
TABLA 96. Distribución de la etiqueta diagnóstica “ <i>Deterioro en el mantenimiento del hogar</i> ” según centro asistencial y género	317

Índice de gráficos

GRÁFICO 1. Distribución de los episodios asistenciales por municipios del Campo de Gibraltar	232
GRÁFICO 2. Tasa de incidencia anual de episodios asistenciales por municipios del Campo de Gibraltar	233
GRÁFICO 3. Distribución de los episodios asistenciales por género	234
GRÁFICO 4. Razón hombre/mujer de los episodios asistenciales	235
GRÁFICO 5. Distribución de los episodios asistenciales por grupos de edad	235
GRÁFICO 6. Distribución de los episodios asistenciales por grupos de edad y sexo	236
GRÁFICO 7. Necesidades alteradas identificadas, ordenadas, según su porcentaje, en el total de episodios asistenciales	240
GRÁFICO 8. Necesidades ordenadas, según su porcentaje, en episodios asistenciales masculinos	242
GRÁFICO 9. Necesidades ordenadas, según su porcentaje, en episodios asistenciales femeninos	242
GRÁFICO 10. Porcentajes de episodios asistenciales según sexo en cada necesidad	243
GRÁFICO 11. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Algeciras, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)	262
GRÁFICO 12. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Castellar, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)	262
GRÁFICO 13. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Jimena, expresadas en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)	262
GRÁFICO 14. Distribución ordenada de los EA según necesidades en La Línea, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)	263
GRÁFICO 15. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Los Barrios, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)	263
GRÁFICO 16. Distribución ordenada de los EA según necesidades en San Roque, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)	263
GRÁFICO 17. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Tarifa, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)	264
GRÁFICO 18. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Algeciras, expresada en porcentajes, para el sexo masculino	265
GRÁFICO 19. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Algeciras, expresada en porcentajes, para el sexo femenino	265

GRÁFICO 20. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Castellar, expresada en porcentajes, para el sexo masculino	266
GRÁFICO 21. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Castellar, expresada en porcentajes, para el sexo femenino	266
GRÁFICO 22. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Jimena, expresada en porcentajes, para el sexo masculino	266
GRÁFICO 23. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Jimena, expresada en porcentajes, para el sexo femenino	266
GRÁFICO 24. Distribución ordenada de los EA según necesidades en La Línea, expresada en porcentajes, para el sexo masculino	266
GRÁFICO 25. Distribución ordenada de los EA según necesidades en La Línea, expresada en porcentajes, para el sexo femenino	266
GRÁFICO 26. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Los Barrios, expresada en porcentajes, para el sexo masculino	267
GRÁFICO 27. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Los Barrios, expresada en porcentajes, para el sexo femenino	267
GRÁFICO 28. Distribución ordenada de los EA según necesidades en San Roque, expresada en porcentajes, para el sexo masculino	267
GRÁFICO 29. Distribución ordenada de los EA según necesidades en San Roque, expresada en porcentajes, para el sexo femenino	267
GRÁFICO 30. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Tarifa, expresada en porcentajes, para el sexo masculino	267
GRÁFICO 31. Distribución ordenada de los EA según necesidades en Tarifa, expresada en porcentajes, para el sexo femenino	267

Índice de mapas

MAPA 1. Municipios del Campo de Gibraltar	136
MAPA 2. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con necesidades alteradas	246
MAPA 3. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 1	247
MAPA 4. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 2	248
MAPA 5. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 3	249
MAPA 6. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 4	250
MAPA 7. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 5	251
MAPA 8. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 6	252
MAPA 9. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 7	253
MAPA 10. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 8	254
MAPA 11. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 9	255
MAPA 12. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 10	256
MAPA 13. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 11	257
MAPA 14. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 12	258
MAPA 15. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 13	259
MAPA 16. Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 14	260
MAPA 17. Municipios con mayores tasas de incidencia de las cuatro etiquetas diagnósticas seleccionadas	297
MAPA 18. Municipios con mayores tasas de incidencia, para el género masculino y para el género femenino, de las cuatro etiquetas diagnósticas seleccionadas	297

Índice de figuras

FIGURA 1. Criterios para valorar las etiquetas diagnósticas de la NANDA y adaptarlas al contexto español	80
FIGURA 2. Aplicación Diraya. Cuestionarios y diagnósticos de Enfermería	141
FIGURA 3. Aplicación Azahar. Resumen de cuidados	141

Abreviaturas y Acrónimos

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

ACV: Accidente Cerebro Vascular.

AGS: Área de Gestión Sanitaria.

AGSCG: Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

AP: Atención Primaria.

APA: American Psychological Association.

AREA: Análisis del Resultado del Estado Actual.

AUX: Auxiliar.

AVD: Actividades de la Vida Diaria.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

BOJA: Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CED: Código de la Etiqueta Diagnóstica.

CG: Campo de Gibraltar.

CGE: Consejo General de Enfermería.

CMB: Circunferencia Muscular del Brazo.

CP: Complicación Potencial.

CPMB: Circunferencia de la Parte Media del Brazo.

CRE: Clasificación de los Resultados de Enfermería.

CSD: Cuidados Sanitarios en Domicilio.

D.E.: Desviación Estándar.

EA: Episodios Asistenciales.

EAP: Enfermería en Atención Primaria.

EBE: Enfermería Basada en la Evidencia.

EHP: Enfermería Hospitalaria en Planta.

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.

EVA: Escala Visual Analógica.

GDR: Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

GREDE: Grupo de Referencia Español para los Diagnósticos Enfermeros.

IC: Intervalo de Confianza.

ICC: Informe de Continuidad de Cuidados.

IECA: Inhibidores de la Encima Conversora de la Angiotensina.

IMC: Índice de Masa Corporal.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

M/P: Manifestado Por.

N: Necesidad.

N₁: Necesidad 1.

N₂: Necesidad 2.

N₃: Necesidad 3.

N₄: Necesidad 4.

N₅: Necesidad 5.

N₆: Necesidad 6.

N₇: Necesidad 7.

N₈: Necesidad 8.

N₉: Necesidad 9.

N₁₀: Necesidad 10.

N₁₁: Necesidad 11.

N₁₂: Necesidad 12.

N₁₃: Necesidad 13.

N₁₄: Necesidad 14.

NCF: Nurses Christian Fellowship.

NIC: Nursing Interventions Classification.

NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería.

NNC: National Nursing Council.

NOC: Nursing Outcomes Classification.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PC: Plan de Cuidados.

PCS: Pliegue Cutáneo Subescapular.

PCT: Pliegue Cutáneo Tricipital.

PES: Problema, Etiología, Signos y/o Síntomas.

PP: Proyección de Población.

R/C: Relacionado Con.

RH/M: Razón Hombre Mujer.

SAS: Servicio Andaluz de Salud.

SEAPA: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria Asturias.

SI: Sistemas de Información.

SIG: Sistemas de Información Geográfica.

SP: Suplencia Parcial.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

ST: Suplencia Total.

TI: Tasa de Incidencia.

TIC's: Tecnologías de Información y Comunicación.

UGC: Unidad de Gestión Clínica.

*La verdad se robustece con la
investigación y la dilación; la
falsedad, con el apresuramiento
y la incertidumbre.*

Tácito

1 Introducción

Los principios filosóficos y científicos que fundamentan los modelos de enfermería proveen una orientación sobre cómo interpretar el fenómeno de interés de la disciplina, “el cuidado”, y cómo asumir el liderazgo del cuidado desde un marco de referencia que lo centre en aquellos aspectos fundamentales del mismo.

Las construcciones teóricas y los modelos de enfermería han proporcionado la base fundamental para el progreso de la enfermería, facilitando la conceptualización de las acciones del profesional y posibilitando el logro de una teoría basada en la práctica y la investigación.

Las teorías y los modelos conceptuales constituyen los mecanismos que permiten organizar observaciones empíricas dentro de un patrón con significado. La relación entre teoría e investigación es recíproca y con beneficios mutuos. La teoría debe construirse en forma inductiva a partir de observaciones y no hay mejor fuente de éstas que la investigación científica.

Aunque no siempre es fácil colocar el problema que se investiga dentro de un marco teórico, este proceso resulta ventajoso para el avance de la ciencia en enfermería. Desde finales de los años 60 hasta principios de los años 80, han surgido múltiples modelos conceptuales que han intentado definir la disciplina, y que podían ser útiles para guiar las reformas de los currículos formativos y la investigación.

Esta tesis plantea el estudio de las necesidades básicas de salud de la población asistida en la comarca del Campo de Gibraltar, basándose en el modelo

de enfermería de Virginia Henderson y utilizando los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Para ello, se ha considerado necesario actualizar el modelo de Virginia Henderson, ya que los logros alcanzados por la enfermería, en los últimos años, hacen ineludible una revisión del mismo y, posteriormente, clasificar los diagnósticos de la NANDA-I según las necesidades de dicho modelo.

El tipo de investigación que se desarrollará será mixto, es decir, en una primera fase se realizará una investigación teórica, documental, argumentativa con la que se pretende ofrecer aportaciones al modelo y, por otra, en una segunda fase, una investigación epidemiológica, descriptiva, de corte transversal, donde los resultados se analizan en función de dichas aportaciones.

En la actualización del modelo de Henderson se realizan propuestas a los conceptos metaparadigmáticos; se hace especial hincapié en la justificación de los conocimientos que las enfermeras deben adquirir de cada una de las necesidades, ya que Henderson no definió lo que cada necesidad propuesta implicaba respecto de sus contenidos. También se efectúan las consideraciones necesarias para llevar a la práctica el modelo junto con la metodología científica (proceso enfermero). Entre ellas, se indican los datos que, a través de la anamnesis y de la exploración física, deben recogerse como manifestaciones de independencia y manifestaciones de dependencia de cada una de las necesidades, dado que Henderson no las recoge en su modelo; se distribuye cada diagnóstico de la NANDA-I por necesidades; en la etapa de planificación, se proponen criterios para la priorización de los diagnósticos, así como verbos medibles a utilizar en la formulación de objetivos dirigidos a reducir o eliminar las fuentes de dificultad de la persona; en la etapa de ejecución, se establecen las fases en las que ésta debe llevarse a cabo, la intervención de la enfermera en función del estado del paciente y las actitudes de ésta en caso de poder incorporar un/a cuidador/a al plan de cuidados; y en la etapa de evaluación, se proponen los aspectos sobre los que debe llevarse a cabo, es decir, la estructura en la que tiene lugar el cuidado, el proceso de cuidar y los resultados de los cuidados.

Por otra parte, como se indicó anteriormente, para el estudio de las necesidades se utilizan los diagnósticos de la NANDA-I. La clasificación con la que se trabaja es la correspondiente a 2007-2008, ya que es la configurada en los programas informáticos Azahar y Diraya de los centros asistenciales donde se recogieron los datos durante el periodo de estudio, es decir, los hospitales del Servicio Andaluz de Salud “Punta de Europa” de Algeciras y Comarcal de La Línea y los centros de salud de las poblaciones de Algeciras, Castellar, Jimena, La Línea, Los Barrios, San Roque y Tarifa, y del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010. Se analizan las etiquetas diagnósticas/necesidades y su distribución por episodios asistenciales según edad, género y municipios de residencia de los usuarios.

La investigación que se presenta está organizada en seis capítulos.

En el primero de ellos, el actual, la introducción, se hace una breve síntesis del tema del cual trata la tesis, qué se pretende alcanzar y cómo se estructura el contenido de la misma.

En el segundo capítulo, se realiza el planteamiento de la investigación: se desarrollan el conjunto de conceptos y definiciones seleccionadas para relacionarlos con los datos del problema a investigar, es decir, el marco teórico de la tesis; se justifica el estudio y se proponen los objetivos.

En el capítulo 3, se expone el marco metodológico empleado que incluye el diseño del estudio, la población a estudiar, las operaciones de variables, los procedimientos y técnicas y las consideraciones éticas.

En el capítulo 4, se exponen los resultados en las dos fases de la tesis, actualización del modelo de Virginia Henderson para el estudio disciplinar y la práctica asistencial de la enfermería actual e identificación de las necesidades básicas de salud, fundamentadas en el modelo de Henderson, de la población asistida del Campo de Gibraltar.

En el capítulo 5, se interpretan los resultados del estudio y se discute su significado, al mismo tiempo que se comparan con los obtenidos en otros estudios anteriores.

En el capítulo 6, se presentan las conclusiones. En ellas se reflejan los alcances y limitaciones del estudio, las recomendaciones que pueden ser útiles al problema desarrollado, así como, las consecuencias y determinaciones que pueden contribuir al desarrollo del conocimiento.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas en el formato de la American Psychological Association (APA), indicado por la NANDA para el desarrollo de la bibliografía de estudios basados en diagnósticos enfermeros.

*Es más importante para la ciencia,
saber formular problemas, que
encontrar soluciones.*

Albert Einstein

2 Planteamiento de la Investigación

2.1. Marco Teórico

2.1.1. LOS MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA

Las enfermeras buscan, desde hace tiempo, la delimitación del conocimiento en enfermería acercándolo a las fuentes e instrumentos de la ciencia. Demostrando la existencia de ese conocimiento propio de la enfermería y ampliable por ella misma, se espera alcanzar un grado de desarrollo conceptual que fortalezca la disciplina en el ámbito social y además la haga definible en los aspectos del saber y del hacer.

La implantación de un marco o modelo conceptual es una forma de enfocar una disciplina de manera inequívoca, que incluye un lenguaje común comunicable a otros. En la actualidad, descubrir las nuevas tendencias y la importancia de la aplicación adecuada de los modelos, así como la búsqueda de un marco conceptual propio de enfermería, despierta un interés creciente en el desarrollo del conocimiento de la enfermería aplicado al ejercicio profesional y a la educación (Barroso y Torres, 2001).

Los modelos de enfermería son representaciones de la realidad de la práctica enfermera y representan los factores implicados y la relación que éstos guardan entre sí. Son construcciones teóricas abstractas y su utilidad radica en servir de orientación y guía en los niveles asistencial, docente, administrativo e investigador y proporcionar una descripción de la meta que se persigue, del rol y de las actividades de cuidados (Vega, 2006).

Según Riehl y Roy (1980), “un modelo conceptual para la práctica de la enfermería, es un conjunto de ideas construidas sistemáticamente, basado en la

ciencia y relacionado con la lógica, el cual identifica los componentes esenciales de la práctica de la enfermería” (p. 6).

Existen distintas formas de organizar los componentes de los modelos; una de las más clarificadoras es la presentada por las profesoras Luis, Fernández y Navarro (2000, pp. 28-29) que identifican los siguientes componentes:

1. **Asunciones científicas o postulados.** En el modelo conceptual representan “el cómo”; ofrecen el sustrato teórico y científico sobre el que descansa el proceso de cuidar en un modelo concreto. Son afirmaciones teóricas sobre la persona, entorno, la salud y el rol de la enfermería.
2. **Asunciones filosóficas o valores.** Este componente simboliza “el porqué” del modelo teórico. Refleja las creencias que, sobre la naturaleza del mundo, del ser humano, de la salud y las metas profesionales, tienen sus seguidores. Por su naturaleza estos valores no son cuestionables.
3. **Elementos.** Son los componentes del modelo que nos muestra las categorías implicadas en el proceso de cuidar. Corresponde al “qué” del modelo y en cada uno de ellos se hacen indicaciones específicas que orientan la adopción en la práctica. Este componente incluye las siguientes conceptualizaciones:
 - *El objetivo de los cuidados.* Identifica el fin que se persigue con los cuidados enfermeros, que debe ser distinto de la meta que pretenden alcanzar los restantes componentes del equipo de salud, pero al tiempo debe ser congruente con ella.
 - *El usuario del servicio.* Describe las características que debe tener éste para que requiera el servicio específico de las enfermeras.
 - *El rol profesional.* Delimita el área de competencia y de responsabilidad profesional ante la sociedad.

- *La fuente de dificultad.* Indica el origen real o probable de las dificultades vividas por el usuario de las cuales la enfermera puede y debe ocuparse.
- *La intervención de la enfermera.* Hace referencia al centro de atención y a los modos generales de la actuación enfermera.
- *Las consecuencias de la intervención.* Son los resultados que se espera que alcance el usuario; permiten evaluar la calidad y la eficacia de los cuidados prescritos y, mediante el establecimiento de las medidas de control adecuadas, introducir las modificaciones necesarias.

Un modelo de enfermería debe reunir tres condiciones imprescindibles para ser considerado científico y ser adoptado por un grupo profesional:

- **Estar fundamentado:** basado en teorías científicas. Cada elemento se deriva del conocimiento de las diferentes ramas de la Ciencia.
- **Estar descrito de forma sistemática:** las ideas y los conceptos han de relacionarse entre sí. Si estos conceptos están aislados o contruidos de forma anárquica, no constituyen un modelo pues no tiene valor para la práctica.
- **Ser práctico:** ha de adaptarse a la práctica profesional en cualquier situación y en cualquier campo de actuación. Si el modelo sólo es aplicable en situaciones muy concretas y/o a grupos muy reducidos, es poco útil para el cuidado.

Aunque paulatinamente se observe un aumento de teorías derivadas de modelos conceptuales enfermeros, la mayor parte de la producción del conocimiento de enfermería ha girado en torno a la construcción de éstos. Han incorporado cuatro conceptos centrales llamados elementos constitutivos del denominado metaparadigma de enfermería; esto es, el conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta (Fawcet, 1984). Estos conceptos

centrales metaparadigmáticos que han primado a lo largo de la historia contemporánea de la enfermería son la persona o paciente, la salud, el entorno o ambiente y la enfermería o el rol profesional (Newman, 1995). A partir de éstos, con todos o algunos de ellos, se describen proposiciones generales y sus relaciones tratando de explicar cuál es el aporte de la enfermería en esa relación.

La persona o paciente es considerado el receptor de los cuidados de enfermería (incluye a individuos, familias, grupos y comunidades).

La salud es el grado de bienestar que experimenta el paciente.

El entorno o ambiente es el medio interno y externo que afecta al paciente. Esto incluye a las personas en su entorno físico, como familiares, amigos y otras personas influyentes y también su casa, pueblo o lugar donde vive.

La enfermería o el rol profesional son los atributos, las características y las acciones de las enfermeras. Delimita las responsabilidades de las enfermeras y hacia dónde deben dirigir sus objetivos, si proporciona cuidados para el paciente o junto con éste, qué actividades forman parte de su rol propio y cuáles pertenecen al rol colaborador con otras disciplinas.

Ahora bien, para distinguir de manera clara el objeto de estudio de una disciplina, no es suficiente con la descripción de los fenómenos que ésta estudia, sino que se hace necesario establecer las relaciones que se dan entre estos fenómenos, de manera que son estas relaciones, establecidas en forma de proposiciones, las que determinarán el objeto de estudio como el campo de acción. Se tendrían así, cuatro relaciones establecidas en forma de proposiciones:

- **Persona y Salud.** Esta relación sostiene que la enfermería se ocupa de los principios y leyes que guían los procesos vitales, el bienestar y las funciones óptimas de los seres humanos enfermos o sanos.

- **Persona y Entorno.** En este caso, la enfermería entra en el análisis de las pautas de comportamiento humano en interacción con el entorno en el que se manifiesta, tanto en situaciones de la vida cotidiana como en aquellas situaciones críticas de salud.
- **Salud y Cuidados.** Estas relaciones muestran las acciones o el proceso que se lleva a cabo para que tengan lugar cambios positivos en el estado de salud de la persona, familia o comunidad.
- **Persona, Entorno y Salud.** Relación ésta que se deriva de las anteriores y que afirma que a la enfermería le concierne la totalidad de la salud de las personas que están a su cuidado, las cuales están en interacción con el entorno de un modo constante.

Estas proposiciones, algunas veces, se basan en la evidencia empírica o anecdótica o se defienden a partir de las inferencias del raciocinio lógico. El conocimiento derivado de los conceptos centrales que se indicaron se obtiene como respuesta a planteamientos que se han venido haciendo las teóricas, como: ¿Quién es nuestro cliente? ¿A quién se dirigen nuestras acciones? ¿Qué es lo que las enfermeras hacen para influir en la salud de las personas? (Meleis, 2007). Para estos planteamientos se utiliza conocimiento de otras disciplinas pero, a través de la reflexión y la imaginación, se originan perspectivas sobre este conocimiento que son únicas para enfermería. Se puede, entonces, afirmar que el desarrollo conceptual, esto es, conocimiento en enfermería, ha sido producto de la reflexión del denominado metaparadigma de enfermería y su credibilidad se asienta, en parte, en la medida en que las enfermeras hallen útiles los modelos y las teorías contruidos a partir de dichos conceptos.

La enfermería interactúa con la persona y el ambiente con el propósito fundamental de proporcionar salud. Es dentro de estos grandes componentes y de sus interrelaciones donde se ha venido dando el desarrollo conceptual de enfermería y por ende se ha procedido a su desarrollo teórico. Igualmente, desde la perspectiva histórica, los énfasis en uno u otro componente han variado de

acuerdo con el momento en el que se han vivido. Por tanto, estos conceptos no han sido estáticos o permanentes, pues cambian con el tiempo, lo que les ha dado un sello dinámico que genera nuevos conocimientos, nuevos datos, nuevas experiencias (Vásquez, 2006).

Existen numerosos modelos de enfermería que definen el marco conceptual y filosófico en el que se deben desarrollar los cuidados de enfermería, y cuya herramienta fundamental en la práctica es el plan de cuidados o proceso de atención de enfermería que se describirá más adelante.

Se podría decir que, con frecuencia, una primera teoría, denominada por algunos autores doctrina, ha sido un primer esfuerzo para definir fenómenos de enfermería y ha servido como base para la formulación de teorías posteriores (Kozier, Erb, Berman y Snyder, 2005). Ejemplo de doctrinas son las de Nightingale, Henderson y Watson. Sobre estas primeras doctrinas o bases teóricas han surgido otros modelos conceptuales o teorías generales.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, diferentes autores, Fawcett (1995) y Flaskerud y Halloran (1980), han examinado los trabajos de las principales enfermeras teóricas y han reconocido que los conceptos de persona, salud, entorno y enfermería están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, en que nos encontramos con los mencionados escritos de Nightingale, estos cuatro conceptos están presentes en los modelos o teorías de todos los autores (Celma, 2007).

En la mitad del siglo XIX, **Florence Nightingale** conceptualizó la enfermería como una ciencia de la salud y la describió dirigida principalmente a mejorar el ambiente físico para sanar al paciente (Fawcett, 1984, pp. 84-87). Para ella, los factores ambientales cobran importancia cuando se tiene en cuenta que las condiciones sanitarias de los hospitales eran extremadamente deficientes y que las mujeres que trabajaban en ellos, con frecuencia, eran poco fiables, sin formación e incompetentes para trabajar con enfermos. Su esfuerzo se dirigió especialmente a

compensar las deficiencias del ambiente para buscar contrarrestar la enfermedad (Pfetscher, 2011).

Aunque los pensamientos que Nightingale plasmó en sus escritos no se pueden considerar como una teoría, sí que se puede decir que ésta estableció el marco para trabajos posteriores en el desarrollo de las teorías de enfermería. Sus conceptos generales sobre ventilación, higiene, silencio, temperatura y dieta, siguen siendo una parte esencial de la enfermería y de los cuidados sanitarios actuales. Están recogidos en *Notes on nursing*. Philadelphia: Lippincot, 1957 (original publicado en 1859).

El énfasis sobre el ambiente continuó hasta mediados del siglo XX, cuando la enfermería vivió primordialmente una etapa práctica sustentada por la necesidad de utilizar un enfoque naturalista (Cohen y Nagel, 1993).

En las décadas de los cincuenta y los sesenta, el énfasis cambió del ambiente al propósito y naturaleza de las relaciones persona-enfermera. Las enfermeras comenzaron a sentir que no sólo se hacían actividades para los pacientes a fin de aliviar su discomfort o incapacidad, sino también y, principalmente, con la naturaleza del proceso interpersonal que se derivaba de la relación enfermera-paciente. Con esta perspectiva surgieron pensadoras como:

Hildegard E. Peplau (Modelo de Relaciones Interpersonales): quien trajo la teoría interpersonal desde la psiquiatría y facilitó las bases para que las enfermeras comenzaran a analizar el proceso de su interacción con los pacientes en términos de su calidad terapéutica (Howk, 2003; pp. 379-398).

El modelo de Peplau sigue siendo utilizado por los clínicos cuando trabajan con personas que presentan problemas psicológicos.

Ida Jean Orlando (Teoría del Proceso de Enfermería): la base de su teoría se publicó en *The Dynamic Nurse-Patient Terlationship: Function, process and principles of profesional practice*. New York: G.P. Putman's Sons, 1961. Su

objetivo general ha sido encontrar un principio organizativo de la enfermería profesional (Pokorny, 2011).

Su teoría se centra en cómo conseguir una mejoría en la conducta del paciente. Definió como buenos resultados de enfermería aquellos en los que mejoraba la conducta del paciente y como malos aquellos en los que no existía mejoría.

Imogene King (Teoría de la Consecución de Objetivos): más tarde pero en el mismo sentido que las dos autoras anteriores, King comenzó a explicar el complejo proceso transaccional que ocurre entre la enfermera y el paciente.

King ha venido publicando desde mediados de los años 1960, siendo sus obras más importantes: *Toward and Theory for nursing: General concepts of human behavior*. New York: John Wiley & Sons, 1971 y *A Theory for Nursing: Systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons, 1981. Sugiere que las percepciones, las consideraciones y los actos, tanto de la enfermera como del paciente, conducen a reacciones, interacciones y transacciones.

La teoría de King se centra en las fases de planificación y aplicación del proceso de enfermería. El dúo enfermera/paciente interacciona, establece objetivos de mutuo acuerdo, estudia la manera de alcanzarlos, realiza transacciones y alcanza los objetivos. Identifica los sistemas dinámicos interactivos (sistema personal, sistema interpersonal y sistema social) y distingue, en estos sistemas, tres niveles distintos de funcionamiento: individuos, grupos y sociedad (Sieloff y Messmer, 2011).

La tabla 1 recoge los conceptos metaparadigmáticos de Peplau, Orlando y King.

TABLA 1
Conceptos metaparadigmáticos de Peplau, Orlando y King

Conceptos metaparadigmáticos	Teóricas		
	Hildegarde Peplau	Ida Jean Orlando	Imogene King
Persona	Un organismo que vive en un equilibrio inestable.	Sostiene que cada paciente es único y responde de forma individual.	Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo.
Entorno	“Las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto cultural a partir del cual se adquieren los gustos, hábitos y creencias” (Howk, 2003, p. 384).	Cualquier aspecto del entorno, aunque esté diseñado para propósitos terapéuticos o de ayuda puede causar molestias al paciente.	Puede interpretarse, desde la teoría general de sistemas, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.
Salud	Implica un movimiento hacia delante de la personalidad y otros procesos humanos, en dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, tanto a nivel personal como comunitario.	Asumió que la ausencia de problemas mentales y físicos y los sentimientos de adecuación y de bienestar contribuían a conseguir la salud.	La describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. Es entendida, como la capacidad para funcionar en los roles sociales.
Enfermería	Proceso terapéutico interpersonal, que se realiza a través de la relación entre el individuo y la enfermera.	“La función de la enfermería profesional consiste en descubrir la necesidad inmediata de ayuda del paciente y satisfacerla” (Schmieding, 2003, p. 403).	Es considerada como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción. Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social.

Fuente: Elaboración propia

Otras teóricas durante este período enfatizaron en la relación enfermera-paciente, pero muy preocupadas en diferenciar la naturaleza de la práctica de enfermería respecto de la práctica médica. En este sentido, sus aportes teóricos se centraron en el componente de la persona y en el ajuste de ésta a sus propios cambios o a los del ambiente. Entre ellas:

Dorothea E. Orem (Teoría General de la Enfermería): conceptuó la enfermería como la promoción del autocuidado del paciente. Partió de una visión intuitiva sobre el concepto de enfermería. La teoría de D. Orem, recogida en su

obra *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill, 1985, fue publicada por primera vez en 1971, e incluye tres conceptos relacionados: autocuidados, déficit de autocuidados y sistemas de enfermería. La teoría del autocuidado se basa en cuatro conceptos: autocuidados, gestión de autocuidados, requisitos del autocuidado y demanda terapéutica de autocuidados.

Orem (2001, p. 351) identifica tres tipos de lo que denomina “sistemas de enfermería básicos”:

1. Sistemas de compensación total: son necesarios para personas incapaces de controlar y vigilar su entorno y de procesar información.
2. Sistemas de compensación parcial: diseñados para personas incapaces de realizar alguna, pero no todas, las actividades de autocuidado.
3. Sistemas de apoyo educativo (de desarrollo): están diseñados para personas que necesitan aprender a realizar medidas de autocuidado y ayuda para hacerlo.

Callista Roy (Modelo de Adaptación): publicó numerosos trabajos desde finales de los años 1960. Dicho modelo se comenta extensamente en su obra *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*. 2ª Ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984, publicada por primera vez en 1976.

Define la adaptación como “el proceso y resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno” (Roy y Andrews, 1999, p. 30). Considera que la gente está constantemente explorando el entorno en busca de estímulos que permitan ofrecer una respuesta y adaptarse. La enfermera ha de ayudar al individuo a adaptarse manipulando el entorno. Los mecanismos de adaptación están constituidos por el proceso regulador y el proceso cognoscente (Phillips, 2011).

TABLA 2
Conceptos metaparadigmáticos de Orem y Roy

Conceptos Metaparadigmáticos	Teóricas	
	Dorothea Orem	Callista Roy
Persona	Un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse, puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados (Berbiglia y Banfield, 2011).	La describió como el foco principal de la enfermería. Para ella, las personas son sistemas holísticos y adaptables.
Entorno	Como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.	Condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona.
Salud	Es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones (Wesley, 1997).	Adaptación resultante del éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión.
Enfermería	Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros (Taylor, 2003).	Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento.

Fuente: Elaboración propia

A partir de 1970 y debido a las autoras que a continuación se citan, el desarrollo teórico con base en los cuatro componentes descritos da un giro profundo y enfatiza en la naturaleza unitaria del hombre, esto es, entendiéndolo como un ser único e integral y no como la suma de sus partes, sus órganos y sistemas y sus componentes psicosociales:

Martha E. Rogers (La Ciencia de los Seres Humanos Unitarios): es considerada como una de las más creativas pensadoras en el campo de la enfermería. Su trabajo sobre los seres humanos unitarios fue publicado en *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis, 1970.

Esta estudiosa ve el propósito de la enfermería como la promoción de una armonía entre el hombre y el ambiente y distingue también la salud y la enfermedad como simples expresiones del proceso de vida (Newman, 1992). Esta visión difiere sustancialmente de las que se indicaron antes, las cuales se basaban en la adaptación del hombre a su ambiente. En la visión de Rogers, ambos, el hombre y el ambiente, ejercen simultáneamente sus influencias pero se concibe al hombre como ser humano unitario y el entorno como campos de energía integrados en el proceso de la vida.

Betty Neuman (Modelo de Sistemas): desarrolló su primer modelo docente-asistencial para asesoría en salud mental a finales de los años setenta y diseñó el modelo de sistemas para ayudar a los estudiantes de postgrado a evaluar problemas en enfermería. Su trabajo fue publicado por primera vez como *A Model for person approach to patient problems*. Nursing Research, 1972, 21: 264-269 que posteriormente en 1982, trató más elaboradamente en la obra *Neuman Systems Model: application the nursing, education and practice*. Norwalk Conn: Appleton-Century Crofts, 1982.

Neuman se movió entre la enfermería comunitaria y la psicología clínica. Desarrolló un modelo basado en conceptos como el abordaje total de la persona, “holismo”, sistema abierto, factores estresantes, recursos de energía, líneas de resistencia, líneas de defensa, grado de reacción, intervenciones, niveles de prevención y reconstitución. Considera que la enfermera debe actuar a través de intervenciones reflexivas y maduras, contemplando un abordaje total de la persona (individuos, familias y grupos), para alcanzar y conservar el bienestar (Freese y Lawson, 2011).

La autora clasifica como intrapersonales a los factores estresantes que se producen en el interior de la persona (p. ej., una infección); interpersonales, aquéllos que se establecen entre personas (p. ej., expectativas funcionales poco realistas); y extrapersonales, aquéllos que se producen fuera de la persona (p. ej., problemas económicos). La reacción individual ante los factores de estrés depende de la fuerza de las líneas de resistencia. Como parte de la reacción, el sistema de

una persona se puede adaptar a un factor de estrés, un efecto que se conoce como reconstitución (Freese, 2007).

TABLA 3
Conceptos metaparadigmáticos de Rogers y Neuman

Conceptos Metaparadigmáticos	Teóricas	
	Martha Rogers	Betty Neuman
Persona	Campo de energía organizado con un modelo particular. Se contempla como un todo unificado (hombre unitario) que posee integridad y que manifiesta características que son más que, y distintas, de la suma de sus partes.	Se refiere al receptor de los cuidados, lo considera como un sistema abierto donde puede recibir información del entorno (positivo o negativo), del cual se retroalimenta, mientras mantiene una tensión dinámica entre lo que recibe y lo que experimenta.
Entorno	“Un campo de energía irreducible y pandimensional, identificado por patrones y con características diferentes de las de sus partes” (Gunther, 2011, p. 246). Es un sistema abierto e infinito; el cambio del entorno es continuo, creativo, probable y mutuo con el campo humano, y se caracteriza por su diversidad y complejidad crecientes.	Condicionantes que influyen en la persona/cliente, tanto internos como externos o de relación.
Salud	Valor impuesto por la sociedad. Utiliza los términos salud y enfermedad para identificar los patrones que denotan conductas de valor alto o bajo; el valor se determina por el individuo y está sujeto al cambio en razón a la conducta del individuo (Bultemeier, Gunther, Daily, Spoleder, Murray, Satterley, Schnell y Wallace, 1999).	Se refiere a cómo la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa o entiende su grado de bienestar o enfermedad.
Enfermería	Es un arte y una ciencia que busca estudiar la naturaleza y la dirección del desarrollo del hombre unitario en constante interacción con el entorno. Se basa en el conocimiento abstracto, el juicio intelectual y la compasión.	Rol del cuidado, es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.

Fuente: Elaboración propia

El concepto de cuidado también ha ocupado un papel prominente en la literatura y ha sido descrito como la esencia de la enfermería (Leininger, 1991; Watson, 1999). Dicho concepto ha estado ligado generalmente al concepto de

salud. Leininger, por ejemplo, enlaza cuidado con salud y Watson combina cuidado y sanación en una conexión causal y refiere repetidamente “cuidando y sanando” (Cohen, 1991, pp. 899-909). Algunos rasgos de sus modelos son:

Madeleine Leininger (Teoría de la Diversidad Cultural de la Asistencia y de la Universalidad): enfermera antropóloga, publicó sus puntos de vista sobre la enfermería transcultural en los años setenta. Una de sus principales obras en estos años fue *Transcultural nursing, concepts theories and practices*. New York: John Wiley & Sons, 1978 y en 1991 publicó su libro *Culture Care Diversity and Unversality: A Theory of Nursing*. New York: John Wiley & Sons, 1991.

Leininger afirma que los cuidados son la esencia de la enfermería y la característica dominante, distintiva y unificadora de la enfermería. Destacó que los cuidados humanos, aunque son un fenómeno universal, varían entre culturas en cuanto a su expresión, procesos y patrones; en gran medida su origen es cultural. Creó el modelo “Sunrise” (modelo del sol naciente) para describir su teoría de la diversidad cultural y universalidad de la asistencia.

Este modelo destaca que la salud y la asistencia están influidas por elementos de la estructura social, tales como la tecnología, los factores religiosos y filosóficos, el parentesco y los sistemas sociales, los valores culturales, los factores políticos y legales, los factores económicos y los factores educativos. Cada uno de estos sistemas forma parte de la estructura social de cualquier sociedad; expresiones, patrones y prácticas de cuidados sanitarios también son artes integrantes de estos aspectos de la estructura social. Para que los profesionales de enfermería presten asistencia a personas de diferentes culturas, Leininger presenta tres modelos de intervención (McFarland, 2011):

- Mantenimiento y conservación de los cuidados culturales.
- Acomodación, negación o ambos de los cuidados culturales.
- Reestructuración y remodelación de los cuidados culturales.

Jean Watson (Teoría de los Cuidados Humanizados): comenzó a publicar a finales de los años 70. Su libro, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little Brown, fue publicado en 1979 y posteriormente lo publicó de nuevo de forma más elaborada en *Nursing: Human Science and Human Care*. Norwalk Conn: Appleton-Centuri-Crofts, 1985.

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera basada en 10 factores de cuidados (Jesse, 2011, p. 94).

TABLA 4
Conceptos metaparadigmáticos de Leininger y Watson

Conceptos Metaparadigmáticos	Teóricas	
	Madeleine Leininger	Jean Watson
Persona	Ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros.	Es considerada como un ser humano que debe ser valorado, cuidado, respetado y asistido.
Entorno	No lo define explícitamente, pero sí se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.	Es definido como una sociedad con todas las influencias.
Salud	Es un estado de bienestar. Es universal a través de todas las culturas aunque es definida de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.	La describe abarcando un nivel elevado de funcionamiento físico, psíquico y social; un nivel de adaptación general del funcionamiento cotidiano; y la ausencia de enfermedad.
Enfermería	Ciencia y arte humanístico aprendido que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promueven y mantienen la salud o recuperan de la enfermedad.	Utiliza el proceso de los cuidados para ayudar al cliente a obtener un grado elevado de autonomía para promover el autoconocimiento, la autoayuda o intuir el significado de la vida. Incorpora tanto arte como ciencia, ya que ambos se redefinen, reconociendo una convergencia entre los dos (Watson, 2007).

Fuente: Elaboración propia

Los modelos conceptuales han sido agrupados de diferentes formas a la hora de estudiarlos y para facilitar su análisis y comparación la literatura ofrece varias clasificaciones: Jean MacFarland, en 1976, clasificó los modelos conceptuales según su centro de interés principal (McFarland, 1998); Paul Beck, en 1976, propone que los modelos se pueden agrupar al menos en cuatro

tendencias (Poletti, 1980); Alberdi, Arroyo, Cabello, Mompart y Segura (1983) establecen tres tendencias; para Meleis (1991) los modelos conceptuales se organizan en tres escuelas o corrientes de pensamiento; Marriner y Raile (1999) aportaron una clasificación agrupando los modelos por filosofías, modelos conceptuales y teorías de enfermería.

Una de las clasificaciones más generalizadas ha sido la propuesta por K  rouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major (2007) quienes realizaron una clasificación de los modelos por escuelas:

- *Escuela de necesidades.* Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud, las concepciones de la escuela de las necesidades han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina enfermera o una orientación hacia la persona. Las principales teorizadoras de esta escuela son: Henderson, Orem, Abdellah.
- *Escuela de interacción.* Las enfermeras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder a la pregunta   c  mo hacen las enfermeras lo que est  n haciendo? Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona. El cuidado es pues una acción humanitaria y no mecánica. La enfermedad es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento si la persona comprende su significado. Las teorizadoras de esta escuela son: Peplau, Paterson, Zdeard, Orlando, Travelbee, Wiedenbach y King.
- *Escuela de los efectos deseables.* La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuación. Es decir, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Dentro de esta escuela se encontrarían: Johnson, Hall, Levine, Roy y Newman.

- *Escuela de la promoción de la salud.* El interés de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es demostrar el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud, ampliando su acción a la familia. Representa a esta escuela Moyra Allen.
- *Escuela del ser humano unitario.* El interés de los modelos y teorías de esta escuela es hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería. Dentro de esta escuela se situarían Rogers, Neuman y Parse.
- *Escuela del Caring.* La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura y lo que denominan *caring*. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se situarían M. Leininger y J. Watson.

Aunque estas clasificaciones pueden resultar útiles, es necesario precisar que cada uno de los modelos no está basado en un solo grupo. Dada la complejidad de las situaciones de enfermería, es frecuente que en cada uno de ellos aparezcan conceptos relacionados con la interacción, el desarrollo, las necesidades humanas, la independencia, la adaptación, el autocuidado, el estrés, etc.

2.1.2. DIFERENCIA ENTRE LOS MODELOS CONCEPTUALES Y LAS TEORÍAS

La diferencia está íntimamente relacionada con los niveles de abstracción del conocimiento y la estructura de las teorías, llamada jerarquía estructural del conocimiento (Fawcett, 2005). La propuesta señala que existe una diferencia, dado el nivel de abstracción, entre los modelos conceptuales y las teorías, y que éstas a su vez pueden clasificarse por su mismo nivel de abstracción y la posibilidad operacional de sus conceptos integrantes.

En este orden de ideas se podría decir que el modelo conceptual de enfermería es la expresión de la entidad teórica de mayor abstracción dentro de la jerarquía del conocimiento de enfermería. La función del modelo es expresar, a través de conceptos y proposiciones, de una manera amplia, un fenómeno de interés para enfermería; en este sentido, se puede afirmar que el modelo representa un paradigma de enfermería, un enfoque, una guía que da perspectiva a la práctica, un horizonte, incluyendo formas instrumentales e indicadores empíricos derivados de la meta del modelo; por ejemplo, y por nombrar algunos, los modelos de Roy, Rogers, Orem, Neuman proponen la generación de una práctica con perspectiva o enfoque adaptativo, de promoción de las personas, de autocuidado y de prevención respectivamente; estas propuestas hoy en día dan forma a ciertos paradigmas de enfermería: rogeriano, de Roy, de autocuidado, entre otros.

El modelo conceptual es descriptivo en su esencia y es imposible generar investigación a menos que se fragmente en partes lógicas y se hagan operativos sus conceptos; sin embargo, siempre conceptualizan bajo su propia caracterización los conceptos mayores de la disciplina, identificados en el metaparadigma. No existe el mejor modelo, ni tampoco éstos explican en su totalidad los fenómenos de enfermería. Cada uno, de acuerdo con los intereses de la teórica, trata de mostrar la relevancia de ciertos aspectos de un fenómeno y deja de lado otros que no le son de interés particular (Durán, 2007). Pero de todas formas se utilizan de manera efectiva para dar estructura y significado a las actividades generales de la práctica, la educación y la administración, y como referentes mayores en la investigación.

De otro lado, aparece el concepto de teoría que es la segunda entidad teórica, en nivel de abstracción, según Fawcet, y la que se suele confundir con modelo conceptual. Las mismas teorías se diferencian en grandes teorías, teorías y teorías de rango medio. La teoría de mayor amplitud es la gran teoría, la de menor amplitud es la microteoría, y la ubicaremos dentro del concepto de teoría de rango medio.

La gran teoría se compone de conceptos y proposiciones abstractos, pero un poco menos generales que los de los modelos conceptuales. La mayoría de los modelos conceptuales se consideran grandes teorías, aunque algunas autoras como Fawcett discrepan de esta clasificación. La autora sugiere que la gran teoría es más restrictiva al interpretar los fenómenos o las situaciones (Fawcett, 2005); como ejemplos se pueden citar las teorías de Newman, Parse y Watson. Las teorías, al igual que los modelos, son descriptivas y explicativas, pero pueden llegar a ser predictivas y, al igual que los modelos, requieren de operaciones para aplicarlas en la práctica y la investigación. Es decir, es necesaria su instrumentación específica, y además requieren indicadores empíricos concretos para la medición (Durán, 2007).

Como se puede observar, es difícil hacer una delimitación inequívoca entre modelo conceptual, gran teoría y teoría: un modelo debe modelar o moldear otra entidad, o un fenómeno, y presenta un grupo de conceptos discretos que no siempre proponen relaciones claras, mientras que la teoría no necesariamente modela el fenómeno, más bien clarifica propiedades, relaciones, estructuras y funciones.

Siendo así, es necesario sugerir que si se tratase de una diferencia semántica, la discusión parece estar totalmente fuera de lugar, y que como propone Meleis (2005), el concepto “teoría” es suficiente para describir las conceptualizaciones teóricas que ha propuesto y propondrá enfermería para satisfacer las necesidades de la disciplina, y que requieren tanto modelos conceptuales como teorías de diversa amplitud para dar interpretación a nuestros fenómenos.

Continuando con el nivel de abstracción y la teoría nos encontramos, finalmente, con la teoría de rango medio o teoría de mediano rango que es la más concreta que maneja enfermería. Su nacimiento puede ubicarse en la década de los años 90, aunque Fawcett sugiere que teorías como la de relaciones interpersonales de Peplau y la de promoción de la salud de Pender se ubican en esta categoría. Meleis (2005) considera que el surgimiento de la teoría de rango medio fue un avance significativo para el desarrollo disciplinar y ésta ha evolucionado hasta la

fecha de manera significativa. Las teorías de rango medio, originarias de la sociología, se ocupan de fenómenos específicos de enfermería, y surgen y reflejan tanto la práctica como los procesos clínicos (Lenz, Pugh, Milligan y Gift, 1995). Son sustantivamente específicas, se limitan a fenómenos del mundo real, manejan un número limitado de conceptos concretos que están definidos operativamente y de proposiciones que dejan apreciar con claridad sus relaciones, lo que permite, con relativa sencillez, la prueba empírica.

Concretamente, la teoría de rango medio es verificable a través de la prueba hipotética, y permite generalizar propuestas para el trabajo con ciertos fenómenos de enfermería (Chinn y Kramer, 2004; Smith y Liehr, 2003; Ketefian y Reedman, 1997). Dentro de esta categoría se pueden incluir las llamadas teorías clínicas, las teorías prácticas y las microteorías, que aunque algunos autores las caracterizan de manera independiente, en verdad no presentan características tan diferenciadas que merezcan un análisis particular.

2.1.3. NECESIDAD DE ADOPTAR UN MODELO

Los modelos conceptuales constituyen el primer paso para desarrollar el currículum de una disciplina profesional, ya que contribuyen a su edificación (Kershaw y Salvage, 1998). Partiendo de esta idea, y aplicándola de manera concreta a la enfermería, se podría decir que la importancia de la adopción de modelos conceptuales enfermeros radica en esa afirmación. Ello viene a significar que los modelos conceptuales enfermeros sirven de elemento orientativo, analítico y evolutivo en el proceso formativo de enfermería (Riehl, 1992) y en la investigación.

Los modelos conceptuales ofrecen los términos específicos para hacer más operativos los conceptos centrales de la disciplina y guiar el cuidado. Desarrollar un entorno y un contexto que valoren el pensamiento enfermero y la integración de las concepciones y teorías a todos los niveles de un programa de formación parece ser la forma privilegiada de unir la teoría y la práctica (Kérrouac, Pepin, Ducharme y Duquette, 2007; Moreno, 2007).

No obstante y, a pesar de la utilidad e importancia de los modelos de enfermería, varios autores han expresado en sus trabajos ciertas controversias en cuanto a su elección, debido a la amplia gama de modelos con los que se enfrentan. Vaughan, por ejemplo, subraya tres aproximaciones para esta elección (tabla 5).

TABLA 5

Aproximaciones para la elección de un modelo

APROXIMACIONES	VENTAJAS	INCONVENIENTES
ECLÉCTICA: Consiste en fusionar varios modelos conceptuales mediante la incorporación de conceptos de cada uno de ellos, con la finalidad de crear un nuevo modelo.	<ul style="list-style-type: none"> • Permite estudiar y analizar en profundidad distintas perspectivas conceptuales. • Resulta estimulante observar una nueva producción de ideas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe el riesgo de perder el entramado de ideas que mantiene unidos a los modelos. • Puede proporcionar un resultado fragmentario e inconexo.
MODELO ÚNICO: Un solo modelo que oriente el desarrollo del currículum.	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilita la integración de conocimientos de diversos campos (Stevens, 1979). • Proporciona una base conceptual común, la coordinación e integración para el desarrollo del currículum (Neuman y Young, 1972). • Posibilita la transmisión de una idea unificada de la enfermería (Fernández y cols. 1989). 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede estrechar las perspectivas de la enfermería al considerar una sola conceptualización (Vaughan, 1986). • Puede haber disparidad entre lo que se enseña y lo que se observa en la práctica (Vaughan, 1986).
MODULAR: Que divida el currículum en áreas de prácticas y seleccione para cada una de ellas el modelo más idóneo.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona la oportunidad de comparar las distintas adopciones en la práctica (Vaughan, 1986). • Permite, en parte, superar las dificultades originadas al desplazarse de un área de práctica a otra que mantenga concepciones distintas (Vaughan, 1986). 	<ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo del currículum puede resultar muy complejo (Fernández y cols. 1989). • Puede dificultar la comprensión de los conceptos debido a la diferencia y contradicción que puede existir entre las diversas perspectivas (Vaughan, 1986, Fernández y cols. 1989).

Fuente: Kershaw y Salvage, 1998

Aunque con frecuencia se hable de los ámbitos de ejercicio profesional - docencia, asistencia, investigación y gestión - como compartimentos aislados, está

claro que los cuatro se encuentran estrechamente interrelacionados. Pensar en cada uno de ellos por separado y sin tener en cuenta las repercusiones que unos tienen sobre otros, es quizás una de las causas del problema que muchos han coincidido en llamar “divorcio entre la teoría y la práctica” o “vacío real-ideal”.

Uno de los objetivos de los docentes enfermeros ha sido que los alumnos lleven a la práctica lo que han aprendido a nivel teórico. Sin embargo, año tras año, el resultado es bastante desalentador tanto para los enfermeros docentes como para los asistenciales. Los primeros suelen argumentar que la práctica no se adapta a los criterios disciplinares, y los segundos que la formación que reciben los alumnos no se adecua a la demanda del sistema.

Ante esta situación, la actitud debiera encaminarse a la búsqueda de fórmulas que posibiliten minimizar el problema y eviten que se acentúe. Estas fórmulas no deberían consistir, por tanto, en trabajar separadamente en los ámbitos teórico y práctico, sino más bien en acercar posturas: la teoría debe “beber” de las fuentes prácticas y viceversa.

No obstante, la realidad del momento invita a reflexionar a todos los profesionales (docentes y asistenciales) sobre una idea que no se debe perder de vista: aunque los modelos conceptuales y las teorías puedan enseñarse, éstos no se podrán adoptar completamente y, por tanto, no influirán en la práctica, a menos que los profesionales dedicados al cuidado directo de los usuarios crean en ellos, les sean útiles y estén adaptados a los tiempos. Esta afirmación debería ser tomada en cuenta por aquéllos que se dedican a la docencia, a la atención directa y a la gestión de los cuidados. Los modelos conceptuales enfermeros representan una guía y orientación para el pensamiento y la acción de los profesionales desde una perspectiva propia en sus distintos ámbitos de actuación: asistencial, docente, investigador y de gestión. Al mismo tiempo, la importancia que adquieren los modelos teóricos en la investigación proporciona el marco teórico para interpretar y dar sentido a los fenómenos de estudio.

2.1.4. EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

De entre las numerosas corrientes de enfermería, la más aceptada es la humanística, dentro de la cual se sitúa una de las tendencias que más ha arraigado en la enfermería actual, la de las Necesidades Básicas centradas en el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson.

Inspirada en el humanista Abraham Maslow y en su pirámide de necesidades humanas, Henderson, aunque no cita a este autor como fuente de influencia, describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* (Henderson y Nite, 1978).

Su opúsculo, *Basic Principles of Nursing Care* (Henderson, 1961), se publicó por el Consejo Internacional de Enfermería de 1961 y se tradujo a más de 20 idiomas. Colaboró durante cinco años con Leo Simmons para elaborar un estudio en Estados Unidos sobre investigación enfermera, que se publicó en 1964. Su libro, *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education*, (Henderson, 1966), describe el concepto que tenía de la función única y primaria de la enfermería. La Liga Nacional de Enfermería lo volvió a publicar en 1991. Virginia Henderson y Gladys Nite escribieron conjuntamente la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* (Henderson y Nite, 1978) y Henderson se encargó de editarla. Muchas escuelas de enfermería han utilizado este libro de texto para elaborar planes de estudio.

El impacto que ha dejado su modelo en la enfermería española se vio reconocido por el nombramiento de Profesora Honorífica que le concedió la Universitat de Barcelona en el año 1988 (Cols, 1988; Universitat de Barcelona, 1996; Benavent, Ferrer y Francisco del Rey, 2001).

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermeras a nivel mundial. A lo largo de su vida, Henderson se convirtió en una leyenda viviente y por ello, la biblioteca de

la Sigma Theta Tau International lleva su nombre. También por este motivo, la noticia de su muerte fue difundiéndose por Internet hasta llegar a toda la comunidad enfermera internacional. Halloran escribió en internet: “Miss Virginia Avenel Henderson fue al siglo XX lo que Florence Nightingale fue al siglo XIX. Ambas escribieron una extensa obra que ha influido el mundo entero” (Marriner, 2003, p. 99).

Henderson no pretendió elaborar una teoría enfermera definitiva. En vez de eso, desarrolló un concepto o definición personal para especificar la función única que ella creía que la enfermera desempeñaba. Afirmó (Henderson, 1964):

Mi interpretación de la función de la enfermera es la síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas... En primer lugar, debo aclarar que no espero que todo el mundo esté de acuerdo conmigo. Al contrario, me gustaría que todas las enfermeras desarrollaran su propio concepto (pp. 62-68).

Defiende la comprensión por empatía y sostiene que la enfermera

... la enfermera tiene que meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de saber qué necesita, ser temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para un bebé, la sabiduría y la confianza para una joven madre, la portavoz de aquellos demasiado débiles o que han renunciado a hablar, etc. (Henderson, 1961, p. 7).

Considera que muchas de las funciones de las enfermeras se superponen con las de los médicos. Dice que la enfermera trabaja en una relación de interdependencia con otros profesionales de la salud, y compara al equipo de salud con los trozos de una tarta (Henderson, 1991). Las porciones de tarta varían de acuerdo con las necesidades del paciente. Así ante un paciente intervenido quirúrgicamente, la porción mayor corresponderá al cirujano, otra porción a la enfermera y la más pequeña al paciente. Tanto el papel del cirujano como el de la enfermera irán disminuyendo a medida que la rehabilitación progresa y el paciente se hace más independiente. La meta es que el paciente represente la porción más grande de la tarta al ir recuperando su independencia.

La perspectiva de Henderson ha servido para promover nuevas ideas y ampliar el desarrollo conceptual de las teóricas emergentes. En sus múltiples publicaciones, comentó la importancia de la independencia y la interdependencia de la enfermería con otras ramas del campo del cuidado sanitario. Asimismo, recalcó la importancia de la investigación en la práctica clínica de la enfermería.

La definición de la función única de la enfermería elaborada por Henderson ha tenido una amplia difusión, por lo que ha servido como base para que la enfermería se considerara una disciplina científica profesional. Continúa citándose en las bibliografías y publicaciones en todas las áreas de la práctica enfermera, desde la enfermería holística hasta el proceso de atención enfermero.

ASUNCIONES CIENTÍFICAS O POSTULADOS:

- **Persona:** Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.
- **Salud:** Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos la compara con la independencia, a la cual considera como una filosofía humanista, en la que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos reales y potenciales que utilizan para lograr la independencia y satisfacción de sus necesidades, a fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente de forma temporal o permanente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad a saber: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad, causas que deberán ser valoradas para la planificación de intervenciones y tipo de actuación de suplencia o ayuda, determinadas por el grado de dependencia identificado. Afirmaba (Henderson y Nite, 1978):

Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida (p. 122).

La promoción de la salud es otro objetivo importante de la enfermera.

- **Entorno:** aunque Henderson no da su propia definición del ambiente, sí aparece en sus escritos y es el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente, se refiere a él como algo estático. Se trata de factores externos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. Sin embargo, en escritos recientes, habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera. Lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. El papel de la enfermera en la sociedad es proporcionar servicios a los individuos, incapaces de lograr su independencia y contribuir a su educación para que éstos puedan cubrir sus necesidades. Según Henderson, la enfermera puede modificar el entorno siempre que lo crea necesario. Afirmaba que (Henderson y Nite, 1978):

En cada situación, las enfermeras que conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura y a la humedad, la luz y el calor, las presiones del gas, olores, ruido, impurezas químicas y microorganismos pueden organizar y utilizar del mejor modo posible las instalaciones disponibles (p. 831).

- **Rol profesional o Enfermería:** Henderson definió la enfermería en términos funcionales. Afirmó (Henderson, 1961):

La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible (p. 6).

Por tanto, es constatable en esta afirmación que la enfermería es un servicio de ayuda al usuario dirigido a suplir los déficits de autonomía o a

completar lo que a éste le falta (fuerza, conocimiento o voluntad) para que actúe de modo independiente.

ASUNCIONES FILOSÓFICAS O VALORES:

- **La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos**

Virginia Henderson deja bien explícito que la atención no sólo va dirigida al individuo enfermo sino que se extiende también a la persona sana y, por tanto, se sobreentiende que es función de la enfermera evitar, a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que ésta enferme.

- **La enfermera actúa como miembro de un equipo sanitario**

Henderson considera a la enfermera como parte integral de un equipo de personas conocedoras que pueden decidir y ayudar a los individuos sanos o enfermos, a su familia y a la propia comunidad a la solución de sus problemas, abordando en su actividad no sólo los aspectos biológicos sino atendiendo además, de acuerdo con sus conocimientos, las esferas psicológicas y sociales. El potencial de conocimientos que adquiere en su proceso de desarrollo le da a la enfermera la posibilidad de aplicar a la realidad de cada persona o grupo los cuidados necesarios. Hasta entonces, las enfermeras sólo se ocupaban de los aspectos biológicos que afectaban al hombre, pero su formación en las ciencias sociales les permite explorar un amplio campo, tanto en la psiquis como en el medio social que lo rodea, es decir, ver al hombre como un ser social, pudiendo ayudar a la solución de sus problemas en un espectro más amplio y no solo a él, sino también a la familia y al resto de los grupos que conforman la comunidad.

La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud. Todos los miembros del equipo colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el tratamiento médico y el programa completo de cuidados, pero no deben intercambiar tareas. Henderson (1964) afirmó: “ningún miembro del equipo

deberá hacerle una petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que éste no pueda realizar sus propias tareas” (p. 63).

- **La enfermera actúa independientemente del médico**

Henderson insistió en que el trabajo de la enfermera es único y diferente al del médico. El apoyo de la enfermera en la aplicación del plan médico es indiscutible para su éxito, pero declara la independencia de actuación de enfermería cuando la situación así lo requiera, y siempre se requiere, pues el hombre sano o enfermo, la familia y la comunidad que son los receptores de la atención de enfermería siempre van a necesitar cuidados independientes de la enfermera. Este aspecto largamente debatido hasta nuestros días fue proclamado por V. Henderson en la primera mitad del siglo XX.

ELEMENTOS:

1. **EL OBJETIVO DE LOS CUIDADOS.** Es ayudar al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte tranquila. Esta ayuda se realizará para cada persona según sus condiciones fisiológicas, la edad, el nivel cultural, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales. En algunas fases de la enfermedad, las enfermeras deben tener en cuenta lo que las personas desean que hagan por ellas. La promoción de la salud es otro objetivo importante de los cuidados. Henderson (1971) afirmó: “Es más provechoso enseñar a la gente a llevar una vida sana que preparar a los mejores terapeutas para que atiendan a los enfermos” (p. 33).
2. **EL USUARIO DEL SERVICIO.** Para Henderson, la persona tiene 14 necesidades que son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad y alcanzar el mayor grado de independencia. El usuario del servicio es la persona que puede presentar o presenta una o varias de las necesidades básicas insatisfechas o también aquella que puede mejorar la satisfacción de algunas de sus necesidades porque tiene potencial para ello.

3. EL ROL PROFESIONAL. Es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta para que logre su independencia (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial mediante la utilización de sus recursos internos y externos (Luis et al., 2000).
4. LA FUENTE DE DIFICULTAD. Recibe el nombre de Áreas de Dependencia y está relacionada con la fuerza, los conocimientos o la voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas. El conocimiento es una capacidad de toda persona y el resultado de la aplicación del razonamiento respecto de un hecho u objeto en particular; la fuerza, habrá que diferenciar si es fuerza física o psíquica, y la voluntad, es un atributo del espíritu. El reto es que la enfermera identifique objetivamente tales componentes y los conciba como criterios para definir sus intervenciones.

Los conocimientos se refieren a la situación de salud y cómo manejarla, y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber *qué* hacer y *cómo* hacerlo. En consecuencia, la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender y recordar, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o desconoce los recursos y las limitaciones personales, familiares o comunitarias con los que cuenta.

La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso se trata de los aspectos relacionados con el *poder hacer* que incluyen la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz y la fuerza peristáltica. La fuerza psíquica, por otra parte, se refiere a saber *por qué hacerlo* y está relacionado con la capacidad sensorial e intelectual, es decir, con la capacidad para percibir y procesar la información, interrelacionarla y tomar decisiones. Por consiguiente, se tratará de falta de fuerza física cuando la persona carezca de la habilidad psicomotriz para realizar las actividades requeridas y de falta de fuerza psíquica cuando no sea capaz de percibir la información, relacionarla con los datos que ya dispone o tomar una decisión que se manifieste en una conducta concreta. En ambos casos, para considerar que la falta de fuerza es el área de dependencia (a diferencia de la

falta de autonomía), es imprescindible que la persona posea potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.

La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Por tanto, para identificar como área de dependencia la falta de voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, si bien no lo desea con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario. En ningún caso la falta de voluntad se refiere a las situaciones en las que la persona, en el ejercicio de su derecho a elegir sus propios cuidados de salud, toma la decisión informada de no seguir las prescripciones terapéuticas; en tal caso, no existe falta de motivación, sino que su opción de salud no coincide con la que los profesionales consideran que es la más adecuada para ella.

5. LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA. Incluye a su vez dos elementos:

- El centro de intervención. Son la persona y sus tres áreas de dependencia (conocimientos – saber qué hacer y cómo hacerlo -, fuerza – poder hacer - y voluntad – querer hacer -).
- Los modos de intervención. Henderson identifica tres niveles en la relación enfermera-paciente (Vargas, 2007):
 - Función de sustituta. En este momento compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico, es decir la enfermera sustituye las carencias y realiza las funciones que el paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento no puede realizar; en este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir las necesidades de éste como si fuera ella misma.
 - Función de ayudante. Establece las intervenciones clínicas en el tiempo de convalecencia, ayudando al paciente para que recupere su independencia,

es decir la enfermera apoya las necesidades que el paciente no puede realizar por sí mismo.

- Función de acompañamiento. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando al paciente para que él realice su autocuidado.

6. LAS CONSECUENCIAS DE LA INTERVENCIÓN. En función de la situación de la persona, pueden ser la satisfacción de sus necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el nivel máximo de desarrollo de su potencial para alcanzar la independencia) o morir de forma apacible (Luis et al., 2000).

OTROS CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD

No se encuentra ninguna definición específica de necesidad en su modelo. A pesar de ello, en las 14 necesidades básicas de Henderson, que van desde las necesidades físicas a las psicológicas, puede observarse una correlación con la jerarquía establecida por Abraham Maslow aunque, como se ha referido anteriormente, Henderson no cita a este autor como fuente de influencia. Las 7 primeras necesidades se relacionan con las fisiológicas de supervivencia y estimulación que aparecen en la escala de Maslow, las necesidades 8 y 9 están relacionadas con la protección y seguridad, la número 10 con la autoestima, la 11 con el amor y la pertenencia y desde la número 12 a la 14 con la necesidad de autorrealización (Suárez y Pérez, 2008).

Henderson identifica 14 necesidades básicas del paciente, que comprenden los componentes de los cuidados de enfermería:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente.

3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de las dimensiones biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales de la persona.

El concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito y aunque algunas necesidades son más esenciales que otras para la supervivencia, todas son requisitos indispensables para mantener la armonía del ser humano (Úbeda, 2009).

Todas las necesidades adquieren su pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad: universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad porque se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona (Luis et al., 2000).

El modo de satisfacer las necesidades depende de una serie de factores (edad, sexo, etapa de desarrollo, situación de vida y de salud), así como de la cultura y el entorno en los que vive la persona, esto es, no sólo está ligado a su

herencia biofisiológica y cultural, sino también a las diferentes experiencias vividas y las particularidades cualitativas y cuantitativas que convierten a cada persona en un individuo único.

Los factores que pueden modificar o alterar algunas de las necesidades básicas son (Arribas, Aréjula, Borrego, Domingo, Morente, Robledo y Santamaría, 2006):

- Factores permanentes:
 - Edad.
 - Temperamento, estado emocional o disposición de ánimo: eufórico, ansiedad, temor, agitación, histeria, deprimido o hipoactivo.
 - Situación social y cultural.
 - Capacidad física e intelectual.
- Factores variables:
 - Marcados trastornos del equilibrio, de líquidos y electrolitos, incluidos los vómitos y diarrea.
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio.
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolores persistentes o que no admiten tratamiento.

CUIDADOS BÁSICOS

Los cuidados básicos son un servicio de enfermería derivado del análisis de las necesidades humanas. Estos cuidados son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera esas necesidades. En otras palabras, la enfermería básica se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona (Henderson, 1961).

INDEPENDENCIA

Henderson equipara salud con independencia (Núñez del Castillo y Siles, 2004). La independencia se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación. El modo de satisfacerlas es totalmente individual.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Conductas o indicadores de conducta (prueba directa observable de que se ha producido o se está produciendo una conducta determinada) de la persona (datos objetivos, subjetivos y características definitorias) adecuados para satisfacer las 14 necesidades básicas, de acuerdo con su situación de vida.

DEPENDENCIA

Es la ausencia de actividades, llevadas a cabo por la persona, para satisfacer las 14 necesidades o la realización de actividades inadecuadas o insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación. Está causada por una falta de fuerza, de conocimientos o de voluntad.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Conductas o indicadores de conducta (prueba directa observable de que se ha producido o se está produciendo una conducta determinada) de la persona (datos objetivos, subjetivos y características definitorias) que resultan incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, ahora o en el futuro, de acuerdo con su situación de vida. Estas conductas son la base para identificar, tras la valoración, los diagnósticos de enfermería (Camps, Pérez, Román, Sansó y Tur, 2005).

AUTONOMÍA

Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma (Luis et al., 2000). La definición de autonomía coincide con la definición del concepto de fuerza, lo que puede inducir a confusión. La diferencia entre una y otra es que cuando hay una falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene un potencial que desarrollar y que permite suponer que en un futuro aumentará o recuperará su independencia. Por el contrario, en la falta de autonomía, o bien la persona por su edad y su etapa de desarrollo aún no ha adquirido las habilidades para hacer por sí misma las actividades necesarias, o bien las ha perdido temporal o definitivamente. No obstante, es importante señalar que la falta de autonomía no implica necesariamente una falta de independencia: si la persona hace todo lo que puede, lo que hace está bien y quiere seguir haciéndolo, pero su conducta resulta insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas, se considera que es independiente (puesto que ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial) pero no es autónoma. En tal caso no hay manifestaciones de dependencia que modificar ni área de dependencia sobre la que incidir. La única actuación posible es suplir a la persona realizando las acciones necesarias para satisfacer algunas de las necesidades básicas.

DATOS A CONSIDERAR

Son todos aquellos datos que, sin ser conductas o indicadores de conductas, son relevantes y necesarios para planificar los cuidados, porque pueden incidir en la satisfacción de las necesidades: gustos y preferencias; recursos personales, familiares o comunitarios; limitaciones o características personales (p. ej., desconocer la lengua dominante) (Camps et al., 2005).

2.1.5. APLICACIÓN DEL MODELO EN LA PRÁCTICA. EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Como cualquier disciplina profesional, la enfermería necesita emplear una fórmula de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a los usuarios y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para la persona. Para ello es necesaria una manera de pensar ordenada y sistemática, encaminada a la solución o minimización del problema. El enfoque adoptado por las diversas disciplinas en este sentido es la metodología científica. La enfermería, por su parte, ha seguido también ese enfoque partiendo, desde hace unos cuarenta años, de un esquema de análisis, planificación, comprobación y control de resultados al brindar cuidados enfermeros a la población, que de manera genérica se denomina método de resolución de problemas y que, adaptado al campo de las acciones enfermeras, es el **PROCESO DE ENFERMERÍA**.

Se puede deducir que el proceso de enfermería no representa más que un instrumento para la praxis, sin confundirlo con el conocimiento propio de la enfermería. Así, el proceso aislado no tiene sentido propio para definir la disciplina enfermera, necesita un soporte. El método de resolución de problemas se puede aplicar a múltiples contextos disciplinares, pero para que sea propio es preciso que exista un contenido y un contexto en el que aplicarlo. El contenido lo darán los conocimientos propios de esta disciplina y los complementarios de otras cuando se aplica en el trabajo de equipo, y el contexto son los usuarios y la razón de ser de la disciplina. En el caso de la enfermería, el contenido vendrá de la mano

de los modelos conceptuales enfermeros, y el contexto serán los usuarios que necesitan cuidados enfermeros.

Así, se puede afirmar que el modelo conceptual es el conocimiento al servicio de la práctica, mientras que el proceso es el instrumento para adoptar el modelo en la práctica. De esta manera, la adopción de cualquier modelo de enfermería guía la aplicación de cada una de las etapas del proceso: orienta la recogida de datos y el análisis de los mismos, dirige la formulación de objetivos e intervenciones enfermeras, repercutiendo esto último en la evaluación de los cuidados a partir de la orientación anterior. La aplicación del proceso de enfermería se encuentra entonces en función del modelo enfermero elegido: modelo y proceso son inseparables para la praxis.

Esta forma de actuar permite a las enfermeras ayudar a los usuarios a solventar aquellos problemas de la vida cotidiana relacionados con la salud que resolverían por sí mismos en caso de encontrarse en condiciones óptimas, ya que los seres humanos utilizamos habitualmente el método de resolución de problemas ante las dificultades que se nos presentan. Sin embargo, la manera de proceder en la vida cotidiana y las posibles soluciones que se ofrecen a nivel profesional son diferentes. Es evidente que no todos los acontecimientos problemáticos de la vida necesitan un abordaje científico, sino que sólo precisan de él aquellos que cumplan ciertas condiciones de dificultad o complejidad y que, por tanto, requieran de expertos para su solución.

Los seres humanos pueden optar por diversos enfoques a la hora de solucionar los problemas o dificultades (González, 1998). El enfoque científico está considerada como la forma más eficaz y eficiente para resolver problemas. Se ha definido como una forma ordenada de pensar y de manejar datos, una búsqueda sistematizada de conocimientos y una forma de descubrir el todo lógico a partir de sus partes. Afirmación, esta última, de la que se desprende que se trata de un enfoque inductivo.

El método científico de resolución de problemas adaptado al campo enfermero adopta el nombre de PROCESO DE ENFERMERÍA.

El proceso en sí no es nuevo. El profesional de enfermería siempre lo ha empleado; sin embargo, no solía analizar la actividad que realizaba metodológicamente. Es un método “sistemático” y “organizado” para administrar cuidados de enfermería individualizados. Es un planteamiento para resolver problemas de salud, basado en una valoración que exige unas capacidades cognoscitivas, técnicas y actitudinales, cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia.

El término proceso de enfermería hace su aparición en la década de los años 50 con L. Hall, al definir la atención de enfermería como un proceso global y concatenado que llevaba a unos resultados (Touhy y Birbanch, 2001). Con esta declaración, la enfermería recibió un nuevo empuje y el proceso de enfermería adquiere una nueva imagen al ser estructurado en etapas. Aunque tal división resulta artificial, es útil en el análisis de dicho proceso (Camaño, 2009). Más adelante, otras teóricas idearon métodos para el estudio y la identificación de las etapas del proceso de enfermería (Johnson, 1959; Orlando, 1961; Wiedenbach, 1963). En 1967, un grupo de profesores de enfermería de la School of Nursing at Catholic University of America identificaron cuatro etapas en el proceso de enfermería (Yura y Walsh, 1982). Años más tarde, otro grupo también dirige sus trabajos hacia un proceso de enfermería compuesto por cuatro etapas (Little y Carnevali, 1996). Ambos grupos coinciden en nombrar las distintas etapas de forma similar y destaca la denominación de la primera, que para todos ellos sería la de observación o recolección de datos de salud y la declaración o designación de problemas. La mayoría de los educadores enfermeros siguieron viendo la primera etapa del proceso de enfermería como la de identificación de problemas, cada uno de ellos como diagnóstico de enfermería (Camaño, 2009).

Bloch hizo ver el número de términos que había para referirse a las fases del proceso de enfermería y la necesidad de aclararlos; dijo que los términos determinación de problemas o diagnóstico no eran unas definiciones claras ni consistentes y que llevaban a los profesionales a equivocaciones con los conceptos. Por lo tanto, definió ambos términos o etapas como recolección de datos y definición de problemas, respectivamente (Bloch, 1975). Sin embargo, otros autores apoyaron el término de diagnóstico de enfermería y dividieron el

Proceso de Enfermería en cinco etapas (Roy, 1975; Mundinger, O'Neil y Jauron, 1975; Aspinall, 1976; Sundeen, 1976).

Varias enfermeras han continuado profundizando en la descripción del proceso para hacerlo cada vez más operativo. Los trabajos que más se utilizan en la actualidad y que han alcanzado una gran difusión en España, en cuanto a este tema, son los realizados por Rosalinda Alfaro. Esta autora define el proceso de enfermería como un método sistematizado para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. En esencia, es un “método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona – o grupo de personas – responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud” (Alfaro, 1998, p. 6).

Se puede enfocar el proceso de enfermería en orden a tres indicadores principales: **objetivo, organización y características del proceso de atención de enfermería.**

A) OBJETIVO

Construir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

B) ORGANIZACIÓN

El proceso de enfermería está organizado en cinco fases o etapas distintas, interrelacionadas entre sí: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Existe una relación cíclica en cada paso del proceso de enfermería con los demás y con el conjunto. Cada fase depende de la exactitud de la precedente; la valoración y la evaluación están relacionadas con el diagnóstico, planificación y realización. Por ejemplo, cuando se ejecuta el plan, la enfermera valora también el estado actual del paciente y evalúa sus respuestas a las intervenciones. De este

modo, la separación en cinco pasos tiene fines explicativos: en realidad, el proceso es continuo y los pasos están interrelacionados.

C) CARACTERÍSTICAS

El proceso de enfermería presenta seis características principales:

- Finalidad: se dirige a un objetivo, la enfermera utiliza sus fases para conseguir unos cuidados de calidad orientados a cubrir las necesidades del paciente, de forma individualizada.
- Sistemático: ya que implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo. Este método sistematizado mejora la calidad de la enfermería y evita los problemas que conllevan la intuición o la enfermería tradicional.
- Dinámico: porque responde a un cambio continuo. Es un proceso evolutivo, orientado según las respuestas del paciente, que cambian a lo largo de la relación enfermera-paciente.
- Interactivo: la naturaleza interactiva del proceso de enfermería se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera, el paciente y su familia y los demás profesionales de la salud. Este punto garantiza la atención individualizada.
- Flexibilidad: la flexibilidad del proceso queda demostrada si analizamos dos contextos:
 - Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
 - Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Base teórica y científica: sigue una metodología científica y ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos, que incluyen ciencias, humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

2.1.5.1. ANÁLISIS DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

ETAPA DE VALORACIÓN

La valoración “es el proceso organizado y sistematizado, por el que se obtienen datos significativos del paciente o grupo, con la finalidad de detectar problemas que pueden y deben ser resueltos con cuidados de enfermería” (García y Sellán, 1995, p. 69).

Los datos se obtienen a partir de cuatro métodos:

1. Entrevista.
2. Examen físico. Los motivos que justifican la exploración física por parte del profesional de enfermería son:
 - Reunir datos basales sobre la salud de la persona.
 - Complementar, confirmar y/o refutar datos obtenidos en la entrevista.
 - Confirmar e identificar diagnósticos enfermeros.
 - Realizar juicios clínicos sobre los cambios y el control del estado de salud de la persona.
 - Evaluar los resultados fisiológicos de los cuidados.
3. Revisión de informes diagnósticos e historias que aportan datos sobre la situación clínica del paciente; datos de afiliación; situación o nivel socioeconómico; antecedentes sobre enfermedades o problemas de salud; motivo por el que solicita los servicios sanitarios (enfermedades o complicaciones de las mismas, tratamientos, etc.).
4. Colaboración con otros profesionales que pueden aportar datos e información válida para la valoración.

El proceso de valoración comprende las actividades de: recogida de datos (obtener datos sobre el estado de salud), validación de datos (comprobar que los

datos son exactos y completos), organización de datos (reunir los datos en grupos de información), identificación de patrones (obtener una idea inicial de los patrones de funcionamiento) e informe y registro de los datos (informar de los datos significativos y completar el registro del paciente (Alfaro, 2002).

La etapa de valoración requiere de convicciones (lo que el profesional piensa y cree sobre la enfermería, la salud y el paciente como persona y como usuario), conocimientos (en relación tanto con las ciencias médicas como con las del comportamiento que permitirán hacer una valoración desde un punto de vista holístico) y habilidades (pueden ser tanto de carácter técnico a nivel de destreza como de tipo interpersonal) por parte del profesional de enfermería (Alfaro, 2003).

Para realizar una correcta valoración se exigen tres requisitos:

- a) Comunicarse de forma eficaz.
- b) Observar sistemáticamente.

La observación se clasifica en dos tipos: **directa**, si se aplica el órgano de un sentido directamente en lo que se quiere observar, e **indirecta o instrumental** si a los órganos de los sentidos se les ayuda con aparatos para precisar la observación o, si es necesario, lograr una medición exacta (Vázquez, 2004).

Existen cuatro técnicas, en relación con el órgano de sentido que se utilice, para observar y que el profesional de enfermería debe dominar para realizar una recogida de datos adecuada. Estas técnicas son: Inspección, Palpación, Auscultación y Percusión.

- c) Interpretar los datos con exactitud.

Para interpretar los datos con exactitud, se ha de realizar el proceso de “identificación de signos e inferencias”: un **signo** es un dato objetivo; una **inferencia** es un juicio de enfermería o la interpretación de estos signos. Las

inferencias son siempre subjetivas y están influenciadas por la base de conocimientos, valores y experiencias de la enfermera (Little et al., 1996).

Con la validación de los datos, confirmamos que la información recogida es real y completa. Hay que tener presente que los datos que se miden con una escala exacta de medición se aceptan como verdaderos (peso, talla, exámenes de laboratorio) y que los datos observados por otra persona pueden ser ciertos o no. Cuando la información es crítica, debería verificarse, observarse y entrevistar directamente al paciente.

Como marco de referencia para la valoración del paciente y con el fin de guiar la recogida de datos y agrupar a los mismos, Alfaro (2002) recomienda seguir una perspectiva holística en vez de seguir un modelo médico.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

En el proceso de enfermería se distinguieron en un principio cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación. La identificación del problema a tratar o no aparecía o se incluía dentro de la valoración, lo que resultaba desconcertante si se considera que, en ese contexto, la valoración se definía como la recogida y examen de la información que proporciona los datos necesarios para llegar a un juicio o conclusión, de lo que se desprende claramente que ambos conceptos no son equiparables.

Aunque ya en la década de los 50 se habla de la etapa diagnóstica como paso indispensable entre la valoración y la planificación (Fry, 1953) y, en la década de los 60, Faye Abdellah (1959) propuso un sistema para identificar 21 problemas clínicos dentro del campo de actuación de las enfermeras (esta clasificación fue la primera aproximación para dar identidad a lo que más tarde sería el diagnóstico de enfermería), hay que esperar a finales de la década de los 70 para observar algunas tímidas alusiones a la etapa diagnóstica en el panorama bibliográfico español. En ese momento empieza a considerarse que la globalidad del proceso de atención puede desdoblarse en dos componentes y cinco etapas: por una parte la valoración y el diagnóstico, que permiten la identificación del

problema a tratar; y por otra, la planificación, la ejecución y la evaluación, que se dirigen directamente a la solución del problema identificado.

En la década de los 70, distintas personalidades del campo de la enfermería consideraron la necesidad de desarrollar una terminología de los problemas que las enfermeras identificaban y trataban de forma independiente. Con tal motivo, en el año 1973, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Louis (EEUU), se reunió por primera vez el *Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería* (National Group for the Classification of Nursing Diagnosis), compuesto por enfermeras procedentes de diversos lugares de Estados Unidos y Canadá y en el que estaban representados todos los elementos de la profesión: asistencia, docencia, investigación y administración. Se trabajó sobre el particular y se hizo pública la primera lista de diagnósticos de enfermería. Desde entonces, este grupo de trabajo ha continuado reuniéndose para desarrollar y perfeccionar los diagnósticos de enfermería. Ese mismo año, la American Nurses Association (ANA), aprueba y respalda la utilización del término “Diagnóstico de Enfermería” al publicar el Código del Ejercicio Profesional y en 1980 definió la enfermería como el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a los problemas de salud reales o potenciales (American Nurse Association, 1980).

En los últimos treinta años, se han publicado numerosos trabajos para explicar los conceptos de diagnóstico y proceso de enfermería. Actualmente, los diagnósticos de enfermería son aceptados y utilizados gracias al intercambio de ideas y a la formación, tanto de los estudiantes como de los profesionales.

Existen diversas formas de presentar los métodos por los cuales se organizan los diagnósticos de enfermería, son los llamados Sistemas de Clasificación o Taxonomía Diagnóstica.

Cuando se habla de taxonomía diagnóstica se está haciendo referencia a la relación y organización de los diagnósticos por grupos o categorías, pero también a los criterios que se han seguido para establecer dichas categorías y que permiten

entender las relaciones que se establecen entre distintos diagnósticos (Ferrer, Benavent y Francisco del Rey, 2009). Entre ellas:

- **Clasificación de Cuidados de Salud Domiciliaria de Diagnósticos e Intervenciones Enfermeras (Saba, 1992):** esta clasificación es un proyecto dirigido por Virginia Saba en la Escuela de Enfermería de la Universidad Georgetown. Es un esquema de clasificación que se ha desarrollado empíricamente, basándose en el estudio de los cuidados de salud domiciliaria.
- **Sistema Omaha (Martin y Scheet, 1992):** fue desarrollado por la Asociación de Enfermeras Visitadoras de Omaha (Nebraska, EE UU). Se compone de un Esquema de Clasificación de Problemas, un Esquema de Intervenciones y una Clasificación de Resultados.
- **Taxonomía de Autocuidados Cotidianos:** esta taxonomía de diagnósticos de enfermería se desarrolla en un intento de definir el campo de actuación de la nueva enfermería comunitaria, siguiendo las recomendaciones de la conferencia de Alma-Ata de 1978 (Del Pino, 2000, p.172). Surge utilizando metodología inductiva y se basa en la teoría de Orem (1993) y en la adaptación de los trabajos de Campbell (1987) y Carpenito (1986).
- **Taxonomía de Campbell:** distingue, en el momento de enunciar las etiquetas, tres grupos de problemas (Campbell, 1987):
 - Diagnósticos predominantemente de enfermería.
 - Diagnósticos predominantemente médicos.
 - Diagnósticos duales.
- **Taxonomía de Lunney:** es un sistema de clasificación de diagnósticos, a partir de 20 conductas funcionales, en el que los diagnósticos constan de dos partes (Lunney, 2001):

- 1ª parte: es la que informa sobre las necesidades del individuo (conductas funcionales) que pueden ser mejoradas mediante la realización de acciones de enfermería.
- 2ª parte: describe la etiología o los factores con los que hay que trabajar para lograr la mejoría del paciente, sin mencionar ni signos ni síntomas (Parker y Lunney, 1998).
- Clasificación de Carpenito: incluye los problemas interdependientes como un nuevo tipo de diagnóstico enfermero (Carpenito, 1987) y expone un sistema de clasificación que incluye:
 - Diagnósticos básicos de enfermería tal y como definió la NANDA.
 - Diagnósticos de enfermería colaborativos o problemas interdependientes.

El sistema taxonómico más utilizado es el publicado por el, anteriormente citado, Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, originado a partir de su Primera Conferencia. Para examinar estos diagnósticos de enfermería, se han venido celebrando Conferencias cada dos años. El Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería cambió el nombre en el año 1982, pasando a denominarse *Asociación Norteamericana para los Diagnósticos de Enfermería* (North American Nursing Diagnosis Association), conocida por sus siglas NANDA. Desde entonces, la lista de diagnósticos aprobados ha ido creciendo regularmente y se ha ido completando mediante propuestas realizadas por enfermeras de todo el mundo, basadas en la investigación y con el trabajo de los miembros de la asociación de diagnósticos enfermeros, actualmente conocida como NANDA Internacional (NANDA-I).

A medida que se profundiza en el análisis de los diagnósticos, se va obteniendo una mayor concreción en el significado de las etiquetas diagnósticas que permite un enunciado más claro y más concreto sobre la respuesta observada.

La taxonomía también permite identificar la relación existente entre un grupo de etiquetas. La relación puede quedar señalada por la pertenencia de los

diagnósticos a un mismo patrón de respuesta humana (propuesta de agrupación de los diagnósticos por la NANDA hasta 1998) o a un mismo patrón funcional de salud (propuesta de agrupación de los diagnósticos formulada por Gordon a mediados de los años 70) o a una misma necesidad básica (propuesta de agrupación de la aplicación del modelo de necesidades de Henderson) (Ferrer et al., 2009). Por tanto, se podría decir que las etiquetas diagnósticas pueden ser agrupadas de diferentes maneras en función de los criterios empleados para elaborar dicha clasificación.

Para valorar las etiquetas de la NANDA y adaptarlas al contexto español, A. Cuesta Zambrana, JA. Guirao i Goris y MA. Benavent Garcés (1994) establecieron una serie de criterios que quedan reflejados en la figura 1.

Existen distintas y numerosas definiciones de diagnóstico enfermero proporcionadas por diversos autores, lo cual dificulta una visión homogénea del mismo (Abdellah, 1957; Komarita, 1963; Durand y Prince, 1966; Orem, 1971; Gebbie y Lavin, 1975; Mundinger, O'Neil y Jauron, 1975; Bircher, 1975; Gordon, 1976; Aspinall, 1976; Marriner, 1979; McLane, 1979; Nurses Christian Fellowship (NCF), 1980; American Nurses Association (ANA), 1980; Gordon, 1982; Roy, 1982; Edel, 1982; Shoemaker, 1985; Baker, 1986; North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 1990; Carrol-Johnson, 1993; Lefebvre y Dupuis, 1993; Magnon y Dechanoz, 1993; Cuesta et al., 1994; Carpenito, 1995; Cuesta, Camaño y Guirao, 2001; Alfaro, 2003; NANDA, 2008).

La definición de diagnóstico de enfermería más utilizada en el contexto español es la ofrecida por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE, 2001), que lo define como: “El juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente”.

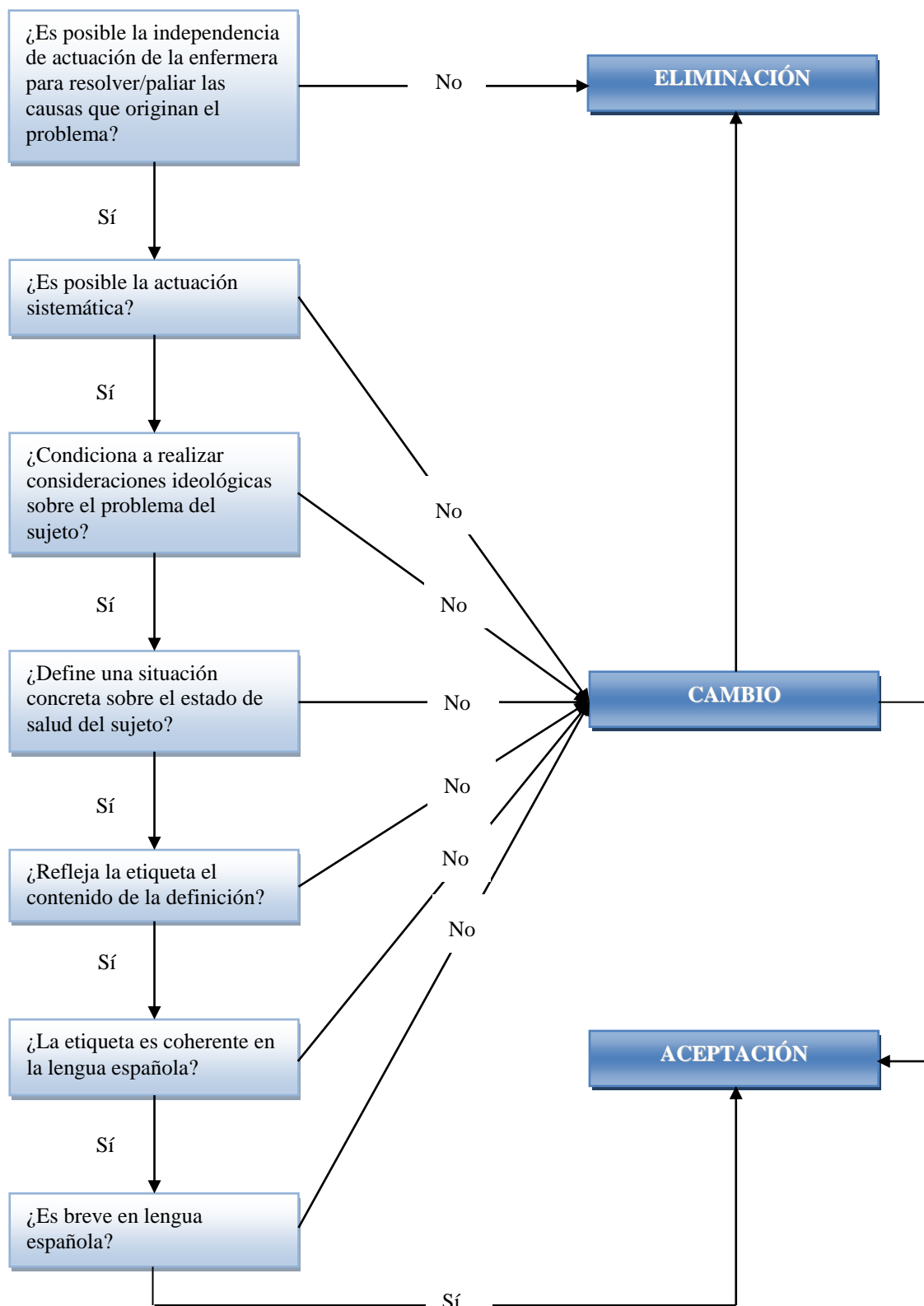


FIGURA 1

Criterios para valorar las etiquetas diagnósticas de la NANDA y adaptarlas al contexto español (Cuesta, Guirao y Benavent, 1994)

Desde cualquiera de los planteamientos que aparecen en las distintas definiciones de diagnóstico enfermero: identificación, investigación, explicación y juicio o conclusión, se persigue un solo objetivo: reducir, eliminar o prevenir las alteraciones de salud.

Una categoría diagnóstica podría concretarse como una descripción detallada del diagnóstico e incluye los siguientes componentes:

- Título de la categoría o etiqueta diagnóstica. Es la palabra o frase que representa el modelo de respuesta humana y constituye la primera parte de la expresión del diagnóstico.
- Definición de la categoría o significado de la etiqueta. Describe la situación en la que un sujeto debe encontrarse para que se pueda utilizar dicha etiqueta como identificadora de su estado de salud y bienestar.
- Características definitorias de la etiqueta. Son las evidencias clínicas que describen una serie de conductas o signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.
- Factores relacionados. Procesos, situaciones o circunstancias que pueden afectar a la persona y ocasionarle la respuesta que quedará indicada por la etiqueta: fisiopatológicos -biológicos y psicológicos-, relacionados con el tratamiento, situacionales y de maduración.

Gordon (2007) propuso una fórmula para el registro de los diagnósticos de enfermería conocida como “formato PES”. El acrónimo PES hace referencia a las iniciales de cada una de las tres partes que componen el enunciado diagnóstico:

- **P.** Problema o respuesta que presenta el sujeto.
- **E.** Etiología o factor relacionado que está ocasionando la respuesta.
- **S.** Signos y/o síntomas y/o manifestaciones del problema.

Para enunciar un diagnóstico de enfermería es conveniente enlazar cada uno de los componentes del formato PES. Esto se puede realizar utilizando las palabras “*relacionado con*” (r/c), para vincular el problema con la causa y las palabras “*manifestado por*” (m/p) para vincular la causa con los signos y/o síntomas y/o características definitorias.

Existen cinco tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de salud o promoción de la salud o bienestar, de riesgo, posibles y de síndrome (tabla 6).

Diagnósticos de Enfermería Reales. Un diagnóstico de enfermería real describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que lo definen; esto es, el problema existe y es reconocido por los signos y/o síntomas y/o características definitorias. Se formulan con tres componentes: problema (etiqueta) r/c etiología m/p signos y/o síntomas y/o características definitorias.

Diagnósticos de Enfermería de Promoción de la Salud o de Bienestar. El diagnóstico de salud se incluyó en la taxonomía diagnóstica en la asamblea de la NANDA de 1980. Es un diagnóstico real que se establece cuando la persona, la familia o la comunidad gozan ya de un grado aceptable de salud o bienestar, pero pueden y quieren alcanzar un nivel mayor. Por lo tanto, para que una persona o grupo tengan un diagnóstico de enfermería de bienestar deben cumplir dos requisitos (Carpenito, 2003): deseo de conseguir un nivel superior de bienestar, y un estado de salud y/o funcionamiento actuales eficaces.

Se formula con su solo componente, el problema (la etiqueta diagnóstica), precedido del término “*Disposición para mejorar*”...

NANDA-I ya no define una categoría de diagnósticos enfermeros como “diagnósticos de salud”. En 2009 determinó que este campo de interés ya estaba englobado dentro de la categoría de diagnóstico enfermero de Promoción de la Salud. Este diagnóstico y su definición se eliminaron de la taxonomía NANDA-I y todos los diagnósticos de salud pasaron a ser diagnósticos de Promoción de la Salud (NANDA-I, 2013).

Diagnóstico de Enfermería de Riesgo. Denominado también, por algunos autores, como diagnóstico potencial (Alfaro, 2003).

Es la vulnerabilidad que presenta una persona, especialmente como resultado de estar expuesta a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.

El enunciado de los diagnósticos de enfermería de riesgo consta de dos partes: problema (etiqueta) precedido del término “*Riesgo de*”... r/c etiología; no se acompaña de signos, ni de síntomas, ni de características definitorias. Dado que el problema de cuidados no está instaurado en el momento de la valoración, no existen manifestaciones del mismo y, por tanto, no es posible describir sintomatología, aunque si se deben reflejar los agentes causales que provocan una mayor vulnerabilidad que el resto de población de características similares a padecer el problema de cuidados.

En los diagnósticos reales y de riesgo es importante la identificación de la causa, ya que en la medida en que ésta pueda ser eliminada o reducida, o se modifiquen sus efectos, el problema desaparecerá o se reducirá. No obstante, hay situaciones en las que se desconoce la causa aun cuando es evidente la presencia del problema; en tales casos puede formularse el diagnóstico de enfermería poniendo detrás de la etiqueta diagnóstica “*r/c causa desconocida*”.

Todos los diagnósticos incluidos en la taxonomía como reales puedan formularse, también, como diagnósticos de riesgo aunque no estén explícitamente identificados como tales, basta para ello considerar los factores relacionados como factores de riesgo. Sin embargo, no es posible la situación inversa, es decir, los diagnósticos identificados únicamente como diagnósticos de riesgo (p. ej., Riesgo de traumatismo, Riesgo de asfixia, Riesgo de intoxicación, etc.) no pueden identificarse como diagnósticos reales (p. ej., traumatismo, asfixia, intoxicación), ya que en tal caso se convierten en diagnósticos médicos o problemas de colaboración.

Diagnósticos de Enfermería Posibles. Son enunciados que describen un problema sospechado cuya confirmación necesita nuevos datos.

Algunos autores coinciden en denominar a los diagnósticos de enfermería posibles como diagnósticos dudosos (Cuesta et al., 2001). Se piensa que el término sospecha también sería adecuado al ser éste el primer nivel en la fase de identificación del diagnóstico, dado que tras una valoración focalizada del problema se podría concluir en un diagnóstico real o de riesgo, o por el contrario, descartar ambos (ANA, 1980).

Los diagnósticos de enfermería posibles se enuncian con dos componentes: problema (etiqueta) precedido del término “*posible*”... r/c etiología.

Diagnósticos de Enfermería de Síndrome. En medicina, los síndromes representan un conjunto o grupo de signos y síntomas que suelen tener una causa única o representar un grupo de características coincidentes cuya etiología se desconoce. El Comité de Revisión de Diagnósticos de la NANDA analizó el concepto de síndrome en los diagnósticos de enfermería y encontró diferencias con los diagnósticos médicos. Los diagnósticos de enfermería de síndrome abarcan un grupo de diagnósticos reales o de riesgo cuya presencia se prevé a causa de un acontecimiento o situación concreta.

Los diagnósticos de síndrome recogen en el mismo enunciado del problema el motivo o la causa del mismo, pero no reflejan los signos y síntomas más frecuentes habida cuenta de la gran variabilidad en la que se pueden encontrar, dependiendo de la activación de todos o algunos de los diagnósticos que lo componen.

TABLA 6

Comparación entre los diferentes tipos de Diagnósticos de Enfermería

TIPO DE DIAGNÓSTICO	PROBLEMA (ETIQUETA DIAGNÓSTICA)	FACTORES ETIOLÓGICOS	PRESENCIA DE SIGNOS/SÍNTOMAS
REAL	SÍ	SÍ	SÍ
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	SÍ Precedido del término “Disposición para mejorar”	NO	NO
DE RIESGO	SÍ Precedido del término “Riesgo de”	SÍ	NO
POSIBLE	SÍ Precedido del término “Posible”	SÍ	NO
DE SÍNDROME	SÍ	NO	NO

Fuente: Elaboración propia

En el año 2014 se publicó la última clasificación de diagnósticos enfermeros propuesta por NANDA-I, clasificación 2015-2017, con 13 dominios, 47 clases y 235 diagnósticos, cada uno de ellos con su código correspondiente (Herdman y Kamitsuru, 2014).

Un *dominio* es una esfera de actividad, estudio o interés y una *clase* es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado (NANDA, 2010).

El uso de los diagnósticos enfermeros proporciona una serie de beneficios en los distintos ámbitos de la práctica profesional de la enfermería:

Ámbito Asistencial: el uso de los diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.

- Aumentar la eficacia de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario, crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que estén dentro de su área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

Ámbito de la Docencia: la inclusión de los diagnósticos de enfermería en el currículum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de manera progresiva a lo largo de todo el currículum. Permite:

- Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos.
- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Ámbito de la Gestión: algunas de las ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de enfermería en este ámbito son:

- Ayuda a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de actividades de cuidados.
- Permite, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la identificación de los puestos de trabajo, ya que podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilita la determinación de los costes reales de los servicios de enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilita el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución.

- Identifica las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Ámbito de la Investigación: para poder investigar sobre los problemas de salud que los profesionales de enfermería están capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
- Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.

La mayoría de las definiciones sobre diagnóstico de enfermería, aportadas anteriormente, vinculan de forma específica el diagnóstico con las intervenciones de enfermería. Pero ¿qué sucede con otras situaciones clínicas (no cubiertas por los diagnósticos de enfermería) que necesitan intervenciones de enfermería? ¿Dónde pueden encajar en el ámbito de la práctica de la enfermería?

Además de los diagnósticos e intervenciones de enfermería, la práctica enfermera comporta, a menudo, unas relaciones de cooperación con otras disciplinas de la asistencia sanitaria. En el cuidado del paciente, el profesional de enfermería puede detectar otros problemas en los que puede actuar en colaboración con otros profesionales del equipo de salud, fundamentalmente, con el médico. A estos problemas se les denominan Problemas Interdisciplinarios o Problemas de Colaboración (Carpenito, 2003).

Diversos autores han definido el concepto de estos problemas (Cuesta et al., 2001; Alfaro, 2003; Luis, 2006; Tejada y Ruiz, 2009), siendo la más aceptada por la enfermería española la proporcionada por la AENTDE (2010):

Complicaciones fisiológicas derivadas del diagnóstico y/o tratamiento médico que las enfermeras monitorizan para detectar precozmente su aparición. Las enfermeras realizan intervenciones de vigilancia para la detección precoz de la complicación y derivan al médico cuando consideran que los cambios producidos son significativos o pueden requerir modificaciones en el tratamiento.

Es de capital importancia recordar que para la formulación de Problemas Interdisciplinarios o de Colaboración es necesario e imprescindible el uso de la terminología médica y que no debe emplearse la terminología diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas que ya tienen su nombre (Luis, 2008).

Los Problemas Interdisciplinarios o de Colaboración se formulan o enuncian anteponiendo las palabras “*Complicación Potencial*” (CP) al problema en sí y añadiendo al problema la frase “*secundario/a a*”.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Es el momento en que se determinará cómo proporcionar los cuidados de enfermería de una forma organizada, individualizada y dirigida a los objetivos a conseguir (Alfaro, 2003).

Se denomina Plan de Cuidados a la “Guía de trabajo para todos los miembros del equipo de enfermería, que comprende la orientación lógica y mental y la representación clara y esquemática de las dificultades del usuario, los

resultados que se esperan alcanzar y las acciones que han de llevarse a cabo para resolver los problemas identificados” (García et al., 1995, pp. 104-105).

La etapa de Planificación consta de cuatro fases:

- Priorización de los problemas identificados.
- Establecimiento de los objetivos/resultados esperados del cliente.
- Determinación de las actividades/acciones de enfermería.
- Anotación del Plan de Cuidados.

A) PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

Establecer prioridades no significa, en modo alguno, que un problema tiene que quedar resuelto para poder tratar el siguiente en prioridad; la utilización de teorías, de conceptos, de modelos y de principios facilita el juicio de prioridades (Benavent, Ferrer y Francisco del Rey, 2009).

Si se revisan las propuestas de priorización para los problemas identificados de distintas autoras, Lafebvre y Dupuis (1999), Alfaro (2003) y Kozier et al. (2005), se observa que en todas y cada una de ellas aparece un criterio común, la percepción del sujeto, es decir, la opinión que tiene la persona a la que se va a cuidar sobre el estado en el que se encuentra y sobre los problemas que se han identificado durante la valoración y el diagnóstico. La necesidad de considerar el valor que el sujeto asigna a cada uno de los diagnósticos identificados responde al papel que tiene el sujeto dentro del proceso de cuidados enfermeros (Benavent et al., 2009).

B) ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

Los objetivos son los resultados que se esperan alcanzar con los cuidados de enfermería. Proporcionan la guía común para el equipo de enfermería y permiten evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados. Se podría decir que los objetivos son el elemento del proceso que permite poner

en conocimiento de todos aquellos que participan en la atención al usuario qué es lo que se quiere conseguir, cómo se quiere conseguir y cuándo.

Existen dos tipos de objetivos:

- *Objetivos propios de la enfermera:* objetivos de enfermería. Indican lo que la enfermera debe realizar a fin de ayudar al paciente a cumplir su objetivo. Suelen formularse mentalmente. Son enunciados que describen actuaciones mensurables que denotan la responsabilidad de la enfermera hacia la situación o diagnósticos.
- *Objetivos a alcanzar por el paciente:* resultados esperados del paciente. Indica lo que la enfermera espera que el paciente sea capaz de alcanzar. Deben indicarse con claridad en el Plan de Cuidados.

Bulechek y McCloskey (1989) definen los objetivos del paciente como indicadores para la selección de intervenciones de enfermería y los criterios para su evaluación. Estas autoras llegaron a establecer que entre el diagnóstico enfermero y el plan de cuidados deben existir enlaces fácilmente identificables y que las actividades prescritas en este último deben ayudar o permitir al paciente alcanzar el resultado esperado identificado.

Para que un objetivo (resultado esperado del paciente) esté formulado o redactado adecuadamente debe responder a los siguientes criterios:

- Sujeto: *Quién* tendrá que conseguir la meta. Puede ser el enfermo, un aspecto de éste o la familia.
- Verbo: *Qué* cambio se espera alcanzar. Se refiere a la acción que el sujeto realizará. En definitiva el cambio de conducta esperado.
- Criterio: *Cuánto* se espera alcanzar con el cambio. Implica la cantidad/calidad. Debe ser expresado en número, si es posible, puesto que implica el grado que el cliente realizará cierta conducta.
- Condición: *Cómo* deben ser las circunstancias bajo las que se espera alcanzar la conducta. No todos los objetivos tienen condición; si ésta es importante se

debe explicar, si no puede omitirse, pues probablemente, esté descrita en las actuaciones de enfermería.

- **Tiempo:** *Cuándo* alcanzará la meta. Esto es fundamental para hacer referencia de cuándo ha de evaluarse.

A la hora de establecer objetivos de forma correcta, debemos tener en cuenta las siguientes condiciones:

- Deben estar centrados en el paciente.
- Deben estar formulados de forma breve y clara.
- Ser comparables y/o medibles: es importante utilizar verbos claros, específicos y medibles a la hora de enunciarlos.
- Decididos conjuntamente: siempre que sea posible, el objetivo ha de ser importante y valioso para el cliente.
- Tener plazo de tiempo.

Los objetivos que se establecen en el plan de cuidados se clasifican según el propósito, el tiempo y el área de conducta a los que van dirigidos.

a) Según el Propósito:

- **Generales:** describen lo que el grupo profesional se propone con sus acciones. Son considerados como el propósito institucional.
- **Intermedios:** formulados para grupos de pacientes que por su situación, pueden padecer problemas comunes.
- **Específicos:** enunciados para problemas concretos de forma individual y personal para cada uno de los pacientes.

b) Según el Tiempo:

- **A corto plazo:** enunciados para ser logrados de forma más o menos inmediata (horas o días), porque la situación del paciente requiere una solución inmediata.
- **A largo plazo:** se esperan conseguir con cuidados continuados. El largo plazo es relativo; depende del tiempo de atención y del tipo de problema a

solucionar o prevenir. También pueden incluir objetivos continuos, es decir, que se han de cumplir cada día. Suelen enunciarse con las palabras “cada día” o “mantendrá”.

c) Según el Área de Cambio:

- **Funcionamiento integral de la persona o parte de su organismo:** se incluyen las manifestaciones que indican la normalidad en las funciones y aspectos corporales. Se enuncian con verbos como: *reducir, aumentar*, etc.
- **Área Cognitiva:** resultados asociados a la adquisición de conocimientos o capacidades intelectuales. Representados con verbos como: *describir, enumerar, identificar, enseñar, comentar*, etc.
- **Área Afectiva:** resultados que se relacionan con cambios de actitudes, sentimientos, valores, etc. Representados por verbos tales como: *expresar, compartir, escuchar, comunicar, relatar, discutir*, etc.
- **Área Psicomotriz:** referidos al desarrollo de capacidades motoras, implicando destrezas y habilidades. Se utilizan verbos de acción como: *demostrar, practicar, realizar, caminar, administrar*, etc.

Dentro del interés por dotar de un lenguaje unificado a las diferentes partes del proceso de cuidados, se desarrolla la Nursing Outcomes Classification (NOC), para unificar los enunciados de los resultados que se pretende que llegue a alcanzar el beneficiario de cada plan de cuidados (Moorhead, Johnson y Maas, 2004) y la clasificación de la Nursing Interventions Classification (NIC), que ofrece un listado de intervenciones como guía para determinar y llevar a cabo las actividades para ejecutar el plan (McCloskey y Bulechek, 2005). Actualmente se trabaja en proyectos que integran las diferentes clasificaciones (NANDA, NOC y NIC) (Johnson, Bulechek, Butcher, McCloskey, Maas, Moorhead y Swanson, 2007). Diferentes experiencias vienen a demostrar la oportunidad de la utilización conjunta de las tres clasificaciones (Fuentes, Pineda, García, Jiménez, Cabeza y Motero, 2007; Tirado y Burgos, 2008).

Existe una propuesta descrita como el metamodelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA) que supone una evolución del proceso de

atención de enfermería tradicional a un enfoque en el que se sitúan como centro del proceso los resultados que se pretenden conseguir (Kautz, Kuiper, Pesut, Knight-Brown y Daneker, 2005). Según estos autores, son precisamente los resultados los que facilitan las redes de razonamiento crítico que permiten su utilización con diferentes modelos de cuidados como referentes. Es un instrumento valioso, que se puede utilizar conjuntamente con el proceso de enfermería, en el que se lleva a cabo un razonamiento clínico para reconocer las relaciones entre un gran número de diagnósticos de enfermería a través una red, seleccionar cuál es el diagnóstico clave que dará la resolución de los otros problemas y decidir cuáles serán los resultados esperados y las intervenciones específicas para el cuidado del paciente; Para lograr establecer los resultados esperados y los resultados finales se fundamenta en la taxonomía de Nursing Outcomes Clasification (NOC), así mismo, para establecer el plan de las intervenciones se auxilia en la Nursing Interventions Clasification (NIC) (Morales, Rodríguez y Luévano, 2010).

Las siglas NOC (Nursing Outcomes Classification) se traducen al español por las siglas CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería). Los criterios de resultado NOC se definen como “un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera” (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2009, p. 31).

Cada resultado es un concepto variable que refleja el progreso, el mantenimiento o el deterioro que se valora antes y después de realizar una intervención, para poder tener una constancia directa entre la intervención y el resultado. Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados que se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones de pacientes (Romá-Ferri, 2010).

C) DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES/ ACCIONES DE ENFERMERÍA:

Una intervención es “cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y conocimientos, que una enfermera realiza para mejorar los resultados de los pacientes” (Bulechek, Butcher y McCloskey-Dochterman, 2009, p. 3).

Las acciones expresadas en el Plan de Cuidados, corresponden a las tareas concretas, que el personal de enfermería realiza para hacer realidad los objetivos. Éstas deben considerar: lo que hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, quién ha de hacerlo, cómo hay que hacerlo y dónde hay que hacerlo.

Las actividades de enfermería pueden ser clasificadas:

- SEGÚN LA AUTONOMÍA:

Actividades para los Diagnósticos de Enfermería:

Se distinguen dos grandes grupos: las que guardan relación con la etiqueta diagnóstica y las que guardan relación con la causa (Luis, 2008).

1. Actividades derivadas de la etiqueta diagnóstica:

- a) Para los diagnósticos reales: las actividades se dirigirán a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- b) Para los diagnósticos de riesgo: la actuación de enfermería se orientará hacia la detección temprana de posibles datos objetivos y subjetivos indicadores de que el problema ha pasado a ser real.
- c) Para los diagnósticos de promoción de la salud: ya que en este tipo de situaciones no hay ni una causa ni unas manifestaciones que se deban modificar, los cuidados enfermeros se basarán únicamente en la etiqueta diagnóstica.
- d) Diagnósticos en los que sólo es posible incidir sobre la etiqueta: en aquellos diagnósticos reales o de riesgo en que la causa no puede ser modificada ni

eliminada, pero sin embargo el problema sí es solucionable o controlable mediante actividades independientes, éstas se centrarán en la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

2. Actividades derivadas de la causa:

El tratamiento enfermero será eficaz en la medida en que logre eliminar, controlar o reducir la causa identificada como responsable o coadyuvante, aunque eso no siempre es posible. Hay ocasiones en que la causa no puede ser eliminada ni reducida, pero es posible modificar sus efectos sobre la persona.

En otras ocasiones se detecta la existencia de un problema pero se desconoce su origen, en cuyo caso las actividades de enfermería se dirigirán a la identificación de ésta.

Actividades para los Problemas Interdisciplinarios o de Colaboración:

Al planificar objetivos y actividades para estos problemas debe tenerse en cuenta que el papel de la enfermera/o es doble: por una parte, debe llevar a cabo actividades hacia el enfermo que ha prescrito otro profesional y, por otra, debe aportar elementos cognoscitivos (saber y saber hacer) y aplicar su juicio clínico a la hora de ejecutar estas actividades y de controlar la evolución del enfermo (Luis, 2013).

Obviamente, si el tratamiento del problema o la prevención del mismo no dependen únicamente de la actuación enfermera no cabe formular objetivos cuya consecución no está dentro de las posibilidades de ésta. Los objetivos de los que sí se puede hacer responsable la enfermera describirán conductas de ésta (no del paciente) y se referirán siempre a la instauración de medidas encaminadas a:

- La prevención de las complicaciones.
- La detección temprana de los signos y síntomas indicadores de su existencia.

En lo que respecta a la determinación de actividades para los problemas interdisciplinarios o de colaboración, éstas se basarán principalmente en:

- Programar medidas de control y vigilancia del estado del cliente.
- Aplicar tratamientos prescritos por el médico.
- Planificar cuidados que se derivan de las órdenes médicas (u otro profesional de la salud).

Todo lo cual requiere un alto grado de preparación teórica y práctica.

Es dentro del campo de los problemas de colaboración donde tienen cabida los protocolos, procedimientos y cuidados estandarizados relacionados con la patología, estudio diagnóstico o tratamiento médico de que se trate.

- SEGÚN EL PROPÓSITO:

- *Actividades de Observación:* encaminadas a comprobar, evaluar, vigilar e identificar problemas.
- *Procedimientos de Enfermería:* encaminadas a proporcionar bienestar, al funcionamiento integral de la persona y a prevenir problemas.
- *Procedimientos médicos realizados por enfermeras/os:* ordenados por los médicos u otros profesionales del equipo. Encaminadas a la reparación de la salud y que están relacionadas con los diagnósticos médicos, pruebas complementarias, tratamientos de la enfermedad y complicación de ésta.
- *Actividades de Educación para la Salud:* encaminadas a proporcionar información sobre la salud, explicar la forma de realizar los autocuidados, modificar hábitos inadecuados y enseñar sobre el rendimiento de las capacidades.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (en inglés NIC) forma parte del Iowa Interventions Project. El grupo de investigadores de la Universidad de Iowa publicó su primera versión en 1992.

El Consejo General de Enfermería, emprendió la traducción al castellano de la “Clasificación de las Intervenciones de Enfermería” (NIC) en el año 1999. El Consejo utiliza esta publicación como documento de trabajo básico para el proyecto de “Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería” (NIPE), que se desarrolla en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002).

La NIC tiene como objetivo diseñar una metodología para la estandarización de intervenciones y actividades mediante su protocolización, estableciendo indicadores de calidad encaminados a la evaluación y acreditación de unidades de enfermería que permitan el desarrollo de la profesión basado en la evidencia científica. Esta clasificación, abarca las intervenciones posibles realizadas por todos los profesionales de enfermería. El propósito de esta clasificación es la utilidad clínica, aunque algunas sean más generalistas que otras, y están orientadas tanto a la atención directa de un individuo, familia o comunidad como a la atención indirecta (relativas a la gestión administrativa o de recursos).

Puesto que las intervenciones abarcan un amplio abanico de la práctica enfermera, ningún profesional puede esperar realizar todas las intervenciones recogidas en la NIC, algunas de las cuales requieren una formación especializada. Otras intervenciones describen medidas básicas de higiene y comodidad que, en algunos casos, las enfermeras pueden delegar en las auxiliares de enfermería o en los cuidadores familiares.

Como se mencionó anteriormente, se pueden utilizar conjuntamente los diagnósticos NANDA, los objetivos NOC y las intervenciones NIC. Para cada diagnóstico se recomiendan una serie de intervenciones, y entre éstas se priorizan tres. Las recomendaciones se hacen a partir del trabajo de grupos de expertos.

D) ANOTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS:

Los registros de enfermería son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la

actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución (Martínez, 2004).

La anotación del Plan de Cuidados es la última fase de la etapa de planificación y tiene como finalidades: confirmar que se ha formulado un Plan de Cuidados completo para cada paciente y servir como registro que puede ser estudiado posteriormente para evaluar el cuidado del cliente y comunicar a las enfermeras y al resto del equipo los problemas, objetivos y actividades específicas que se han identificado en el cliente.

Es imprescindible para mantener la continuidad de los cuidados y evaluar posteriormente los procedimientos empleados. El Plan de Cuidados forma parte de la historia permanente del paciente, de modo que puede recurrirse a él para redactar metas de enfermería o realizar una evaluación, y debe ser continuamente actualizado ya que según se van solucionando los problemas o van apareciendo otros nuevos, las acciones irán cambiando o suspendiéndose.

Existen dos tipos de planes de cuidados:

Planes de Cuidados Estandarizados: deben contemplar a los pacientes a los que va dirigido, los objetivos y las actividades. Los componen actividades derivadas de los diagnósticos médicos o de los problemas interdisciplinarios. Indican las actuaciones a seguir ante los GDR (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), la NIC y la NOC.

Planes de Cuidados Individualizados: se formulan para prestar cuidados individualizados. Deben contemplar al cliente concreto al que va dirigido y deben contener:

- Los diagnósticos de enfermería identificados y jerarquizados,
- Los objetivos expresados en forma de resultados esperados del cliente,
- Las actividades propuestas y
- La evaluación.

El plan de cuidados individualizado se desarrolla a través del proceso de enfermería.

Existen numerosos registros de anotación del plan de cuidados establecido para un determinado cliente. La tabla 7 representa uno de ellos.

TABLA 7

Hoja de Plan de Cuidados Individualizado

PLAN DE CUIDADOS					
FECHA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN/ PROGRESO	FECHA

Fuente: Elaboración propia

ETAPA DE EJECUCIÓN

Es poner en marcha las actividades prescritas en el Plan de Cuidados que permiten al profesional de enfermería conseguir el resultado deseado de los objetivos del cliente.

Los pasos sugeridos en la preparación para ejecutar las acciones son (Alfaro, 2002):

- Revisar el plan y cerciorarse de que se conocen las razones de la intervención.
- Decidir si se poseen las cualificaciones (conocimientos, habilidad y autoridad) para realizar las intervenciones.
- Averiguar si hay procedimientos, protocolos o estándares que detallen cómo deberían llevarse a cabo las intervenciones.
- Valorar el estado actual del paciente y determinar si las intervenciones son aún apropiadas.
- Recapacitar sobre lo que se va a hacer, la posibilidad de presentación de complicaciones y formas de actuar ante ellas. Sopesar los riesgos y los beneficios e identificar las formas de reducir los posibles daños al paciente.

Planificar cómo promover el bienestar y reducir el estrés del paciente durante las intervenciones.

- Obtener los recursos necesarios (equipo y personal) y comprobar que se ha planificado tiempo suficiente y un entorno agradable para realizar las intervenciones.
- Implicar al paciente y a la familia. Explicar lo que se va a hacer, por qué, cómo y cuánto tiempo tardará. Así como animar a que expresen sus preguntas, sugerencias o preocupaciones.

Las acciones de enfermería deben realizarse siempre con precaución, observando la respuesta del paciente. Si no se obtiene la respuesta deseada, es preciso averiguar lo que va mal antes de continuar y hacer los cambios pertinentes. No se debe realizar una actividad de enfermería hasta:

- Conocer las razones que justifican la realización de la acción.
- Conocer los efectos que se esperan conseguir.
- Comprobar que la acción programada todavía es válida.
- Mantener una valoración continuada durante toda la realización de la acción.
- Informar y comentar con el paciente y/o su familia la acción.
- Poner en marcha las medidas de seguridad necesarias.
- Comprobar que las acciones previstas se ajustan a los protocolos.

ETAPA DE EVALUACIÓN

Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es una acción continua y formal y está presente a lo largo de todo el proceso de enfermería; es parte integral de cada una de las etapas.

La etapa de evaluación del proceso de enfermería consta de tres fases:

- a) Fase de recogida de datos y comparación con el estado de salud del cliente.

b) Fase de juicio o conclusión. Consiste en llegar a una conclusión o hacer un juicio sobre los objetivos propuestos al paciente. Este juicio o conclusión sólo puede tener tres opciones:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en el proceso de lograr el resultado esperado.
- El paciente no ha conseguido el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

c) Fase de revisión y ajuste del plan. El plan de cuidados, al ser eminentemente dinámico, deber ser revisado y ajustado continuamente para:

- Suprimir aquellos diagnósticos que han quedado resueltos.
- Enunciar nuevos diagnósticos.
- Priorizar y establecer nuevos objetivos, y programar intervenciones.
- Modificar el tiempo establecido en los objetivos de resultado.
- Mantener y actualizar la ejecución de las actividades.

La evaluación del proceso de enfermería puede ser negativa debido al paciente, a la enfermera o al equipo de personas que atienden al paciente.

2.1.6. LA APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS A LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA

Las Tecnologías de Información y comunicación (TICs), y dentro de ellas, los Sistemas de Información (SI) están experimentando un cambio progresivo, cambiando la forma en que operan las organizaciones en el presente, con miras al futuro. Su paulatina implantación está logrando importantes mejoras en el sistema sanitario, automatizando las actividades más frecuentes, a la vez que suministran una base de datos actualizada, con información necesaria y obligada para la toma de decisiones.

Las TICs han sido conceptualizadas como la integración coordinada entre la era de los ordenadores, las comunicaciones y las nuevas tecnologías de

procesamiento de datos. Entre sus principales componentes destacan: los contenidos de la información, la infraestructura, el software y sus equipamientos, los recursos humanos y los mecanismos de intercambio de información, los planes políticos y su regulación, sin olvidar los recursos financieros y económicos (González-Outón, Yang y Rabadán, 2011).

Las profesiones sanitarias se han beneficiado del desarrollo de las TICs y durante las próximas décadas todavía lo harán más. La aplicación de las TICs ha permitido desarrollar nuevas técnicas y ha contribuido a mejorar los cuidados ofrecidos a los usuarios.

La presencia de los Sistemas de Información (DIRAYA, GACELA, ABUCASIS, TURRIANO, E-SIAP, IANUS, OSABIDE, MEDORA, SELENE, DRAGO AP, FLORENCE, JARA, OMI-AP, CAREVUE, ZAINERI, etc.) en centros sanitarios se ha extendido notablemente en los últimos años, llegando a una madurez como para cubrir las necesidades que el entorno demanda.

Estas herramientas informáticas tienden a ser un conjunto de productos orientados a resolver la problemática clínica global desde el punto de vista de todos los partícipes del escenario asistencial y que permiten, además, tener suficiente control sobre las actividades que favorezca una mejora en la gestión de los recursos implicados.

El volumen de datos que puede capturarse, procesarse, almacenarse y consultarse es enorme y esto, en actividades en la que un conjunto de información amplio y complejo es la base de la toma de decisiones, representa una ayuda inestimable.

Además, incluyen posibilidades ventajosas frente al sistema tradicional: incorporan nuevas formas de obtener información de forma rápida y eficaz; posibilitan la conexión con otros servicios; facilitan que el resto de servicios o unidades envíen sus datos de forma ágil, ahorrando tiempo y evitando errores; permiten la comunicación con unidades fuera del centro; facilitan la disponibilidad continuada de consultas a bases de datos tipo Medline, Cochrane,

etc.; posibilitan la conexión a Internet, la realización de videoconferencias o la telemedicina, etc. (Sánchez y Reigosa, 2006).

Las nuevas tecnologías, y en particular las tecnologías de la información, proponen nuevas herramientas de trabajo que pueden ser aplicables a los cuidados enfermeros, pero que, como todo lo demás, deben demostrar su validez y contribución a la mejora de la actividad para poder ser asumidas como herramientas útiles.

La informática aplicada a la enfermería integra las ciencias de la enfermería, la computación y las de la información para la identificación, recolección, procesamiento y manejo de datos e información para el apoyo de la práctica (Giménez y Bordanove, 2009). Según la Sociedad Española de Enfermería Informática, se trata del uso de la tecnología de la información aplicada a toda tarea o procedimiento inherente a enfermería y que es efectuada por la enfermera en el cuidado del paciente o en la preparación educativa de los individuos para la práctica de la disciplina.

A la profesión enfermera se le reconocen actividades de recolección, manejo, procesamiento, transformación y comunicación de la información con el paciente o usuario, de ahí la importancia del conocimiento y uso de las TICs para la profesión, ya que pueden ayudar a mejorar estos procesos.

El uso de las TICs por los profesionales de enfermería podría ser clave en la política de mejora de la calidad del cuidado enfermero, así como en la formación a todos los niveles (pregrado, postgrado y formación continuada), pero también podría producir cambios en los comportamientos de los profesionales, pudiendo dejar de lado la visión integral del paciente, dando más importancia a la “máquina” (Palacios, 2008). Haghenbeck (2005) observó que el uso de la tecnología supone para la enfermería un proceso de adaptación, que conlleva sentimientos de falta de autoestima, estrés y en los casos en los que existe mal funcionamiento de esta tecnología, culpabilidad y frustración.

La enfermería ha tenido que adaptar su forma de trabajar a las características de los nuevos sistemas, adaptarse a las máquinas, a la forma de registrar el trabajo diario y a una nueva relación con el paciente (Martínez y López, 2011).

A pesar del indiscutible beneficio para la profesión enfermera que supone disponer y utilizar las TICs, puesto que están destinadas a facilitar la documentación del proceso enfermero y, por tanto, a hacer más visible la aportación enfermera al cuidado de salud (Müller-Staub, Lavin, Needham y Achterberg, 2006), podría suceder que una utilización poco rigurosa de las mismas provocara una actitud excesivamente celosa de su uso, hasta el punto de sustituir con ellas cualquier proceso de razonamiento crítico sobre el paciente (Giménez y Serrano, 2009), quedando la práctica de la enfermería reducida a una lista automatizada de tareas generales a partir de cuidados estandarizados. Este enfoque reduccionista de la profesión enfermera no sería ni clínicamente seguro ni adecuado desde el punto de vista disciplinar porque hace caso omiso a las necesidades individuales de los pacientes.

La profesión enfermera necesita de la existencia de un lenguaje común para describir y registrar su actividad asistencial, por ello, la introducción de las nomenclaturas NANDA, NIC, NOC en la historia clínica electrónica permite registrar el “Proceso de Enfermería” de forma completa, realizar una evaluación de los cuidados prestados y poder compararlos con diversos profesionales, centros y áreas en cuestiones propias de la profesión.

Los planes de cuidados informatizados, bien diseñados, que permiten utilizar los diagnósticos de enfermería (NANDA) junto con la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) y la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC), proporcionan un medio global para registrar la contribución única de la enfermería en un formato consistente y cuantificable (NANDA, 2010). La informatización de los planes de cuidados:

- Facilita la comunicación del equipo de cuidados de la salud y posibilita la continuidad de cuidados en las unidades de hospitalización y en todos los entornos donde trabajen las enfermeras (Figoski y Downey, 2006).
- Representa el medio adecuado para describir el conocimiento y las habilidades esenciales para la práctica enfermera (Lunney, 2006).
- Permite a las enfermeras gestoras y administradoras recoger y analizar datos específicos que proporcionen evidencias de los efectos y contribuciones de la provisión de cuidados, así como delimitar el coste de los servicios de enfermería (Jeran, Azari y Nesbitt, 2001).
- Supone un medio excelente para capturar información sobre los resultados de los pacientes, que ayudará a diseñar y construir nuevos conocimientos para apoyar la práctica basada en la evidencia (Lavin, Avant, Craft-Rosenberg, Herdman y Gebbie, 2004).
- Constituye un lenguaje común en el proceso de formación para enseñar la toma de decisiones clínicas a los estudiantes de enfermería (García, Hansche y Lobert, 2006; Gloskey, Kravutske y Zugcik, 2006; Gordon, 2006; Johnson, 2006).
- Recoge información para avanzar en la ciencia de los cuidados enfermeros.
- Refleja, verdaderamente, al incluir los datos sobre el proceso enfermero, el total de cuidados brindados (Von Krogh, Dale y Naden, 2005).

2.1.6.1. APLICACIÓN INFORMÁTICA DIRAYA

Diraya es un sistema corporativo de información asistencial para el Servicio Andaluz de Salud que está conformado como un conjunto de módulos distintos que se relacionan entre sí y comparten información, de forma que cada dato sólo se registra una vez en el sistema (Servicio Andaluz de Salud, 2004). Su finalidad es conseguir una Historia Digital de Salud Única (Álvarez, 2008) de todos los episodios asistenciales del ciudadano registrados por los profesionales del SAS en los distintos niveles asistenciales, con los siguientes objetivos (González y Pérez, 2007):

1. Que esté disponible donde y cuando se precise para su atención.
2. Mejorar la accesibilidad a los servicios y las prestaciones sanitarias.

3. Permitir una explotación homogénea y transparente de ésta, útil para la gestión clínica, la investigación científica y la incorporación de sistemas expertos de soporte a las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

El acceso al Módulo de Cuidados Enfermeros se hace a través de la Hoja de Seguimiento de Consulta (HSC) y desde el navegador de historias de salud (Cabo, 2010).

La HSC se crea inicialmente con los datos relativos al usuario, con la fecha del día como fecha de creación y con los datos del profesional que la genera. Al desplegarla permite elegir tres tipos de HSC, dependiendo del profesional que la realice:

- HSC de Medicina General.
- HSC de Pediatría.
- HSC de Enfermería.

Al crear una nueva Hoja de Seguimiento de Consulta de Enfermería, ésta aparece dividida en 4 pestañas: consulta, constantes, plan de cuidados y agenda de actividades (Consejería de Salud, 2004):

- *Consulta:* se accede a la ventana de Cuidados de Enfermería que incluye:
 - *Valoraciones:* desde el apartado “Realizar Valoración” se despliega la lista de valoraciones disponibles. Éstas pueden realizarse según el modelo de Marjory Gordon o de Virginia Henderson.
 - *Cuestionarios:* una vez cumplimentado el cuestionario, según los datos introducidos, el sistema propone diagnósticos enfermeros para su elección.
 - *Diagnósticos:* también pueden ser seleccionados otros diagnósticos no propuestos y sin realización de cuestionario previo.

- *Constantes*: en ella aparecen las constantes que el usuario tiene definidas en su conjunto personal determinado por sus características de edad, sexo o problemas clínicos.
- *Plan de Cuidados*: en ella aparecen los diagnósticos NANDA anteriormente seleccionados. A cada diagnóstico se le puede añadir una etiología y los signos y/o síntomas, objetivos e intervenciones.
- *Agenda de Actividades*: en ella se presentan las actividades pendientes asociadas a las intervenciones asignadas a cada diagnóstico del plan de cuidados.

2.1.6.2. APLICACIÓN INFORMÁTICA AZAHAR

Es un proyecto que tiene como meta desarrollar los sistemas de soporte e información enfermeros con vistas a la mejora final de los cuidados prestados, posee tres grandes líneas de trabajo:

- Informatizar y permitir el uso conjunto de diagnósticos enfermeros (NANDA), objetivos del paciente (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC).
- Llevar la informatización de los cuidados a pie de cama del paciente.
- Establecer un soporte tecnológico de información internivel, que conecte los tres niveles asistenciales: especializada, primaria y domiciliaria.

La plataforma consta de tres bloques, que corresponden respectivamente a los servicios base informáticos y de red agrupados en lo que se denominará AZAHAR Server, los módulos de integración de servicios distribuidos de información sobre planes de cuidados PCE.Net y sobre historia clínica HCP.Net, y finalmente tres módulos de aplicación de usuario: EHP (Enfermería hospitalaria en planta), EAP (Enfermería en Atención Primaria) y CSD (Cuidados Sanitarios en Domicilio).

La utilización de la plataforma AZAHAR está dirigida a los siguientes usuarios (Rich, Veredas, Caballero, Farnós y Díaz, 2004):

- Dirección y coordinación de los servicios asistenciales de enfermería hospitalaria.
- Enfermería Hospitalaria: asistencia enfermera y supervisión de pacientes en plantas de hospitalización.
- Enfermería de Atención Primaria: asistencia enfermera y seguimiento de enfermos en Centros de Atención Primaria.
- Pacientes: enfermos o sus familiares o personas de asistencia en domicilio.

La entrada a la aplicación se realiza a través del icono “Módulo de Cuidados” situado en el escritorio de la pantalla. Una vez identificada la identidad del profesional de enfermería, introduciendo el login de la unidad, la clave de la unidad, el número de registro personal (NRP) y la clave personal, aparece el menú principal de la aplicación desde donde se puede acceder a sus distintas secciones:

- *Supervisor/a, enfermera/o, auxiliar de enfermería.*
- *Asignaciones:* asignación de cama estándar, asignación de pacientes, asignación de enfermera responsable.
- *Mapa de camas:* ofrece una visión global de la unidad e información sobre el paciente que ocupa una determinada cama.
- *Mapa de cuidados:* proporciona información del paciente y del episodio de ingreso.
- *Valoración inicial y valoraciones posteriores:* permite recoger datos de cada una de las 14 necesidades básicas establecidas en el modelo de Virginia Henderson.
- *Cuestionarios y test de valoración:* se pueden consultar test, escalas (índice de Barthel, índice de Katz) y cuestionarios incluidos en la aplicación.
- *Registro de úlceras por presión (upp):* permite llevar a cabo un registro de las úlceras por presión existentes, así como su evolución y tratamiento.

- *Diagnóstico enfermero*: se accede a este apartado a través del Mapa de Cuidados. Está dividido en: diagnóstico (contiene el diagnóstico médico), etiqueta diagnóstica, donde la enfermera selecciona aquellas etiquetas que formarán parte de sus diagnósticos enfermeros, factores relacionados y manifestaciones.
- *Plan de cuidados (PC)*: una vez aceptados los diagnósticos, aparece, directamente, la pantalla de plan de cuidados. Al seleccionar una etiqueta diagnóstica, la aplicación muestra tanto los NOC como las NIC sugeridas para dicha etiqueta.
- *Agenda de cuidados*: cada día, una vez actualizados los planes de cuidados, la aplicación ofrece, a cada enfermera y auxiliar, una agenda con todos los cuidados que deben realizar a cada uno de los pacientes que tiene asignados durante su turno de trabajo.
- *Registro de cuidados*: las actividades planificadas quedan registradas activando la casilla de verificación de cada NIC.
- *Informe de Continuidad de Cuidados (ICC)*: la aplicación permite ir elaborando, durante el periodo de estancia, el Informe de Continuidad de Cuidados.
- *Resumen de Cuidados*: es un informe de todos los diagnósticos y cuidados realizados al paciente.

2.2. Justificación del estudio

La realización de esta tesis tiene su origen en las dudas, las preguntas, las dificultades y los obstáculos que los profesionales de enfermería, desde los distintos ámbitos de actuación, nos planteamos a lo largo de los años sobre la interpretación del modelo de Virginia Henderson. Ello, nos ha motivado a reflexionar, discutir y rectificar, una y otra vez, la formulación de unos conceptos que, precisamente por tratarse de un modelo conceptual, presentan un alto grado de abstracción y que, para que de verdad sean útiles en la práctica, requieren ser analizados y concretados previamente.

Desde los comienzos de la enfermería como profesión, casi de manera exclusiva, la utilización del concepto de enfermedad, como eje principal de la formación y praxis de los profesionales de la enfermería, ha unido el ejercicio profesional enfermero a la práctica médica obteniéndose, como resultado de ello, la creación de un importante número de profesionales tecnócratas que han centrado su atención en las acciones dependientes, derivadas de la relación con la medicina. Si bien esta relación, vista como colaboración o interdependencia, resulta fundamental en la atención que las enfermeras brindan a los usuarios como miembros de un equipo multidisciplinar, la focalización exclusiva del ejercicio profesional en este aspecto se considera insuficiente para explicar y desarrollar la aportación global de la enfermería como profesión.

Esta práctica fundamentada en el modelo médico (Gunther, 2002) ha dificultado profundizar sobre aspectos que son de especial interés para el desarrollo de conocimientos, generar teorías e indicadores de calidad en enfermería.

Desde la perspectiva epistemológica, los fundamentos de la enfermería se encuentran en los modelos de cuidados como construcciones teóricas que guían el pensamiento enfermero, y en el proceso de atención de enfermería, como el método de aplicación de los cuidados (Hernández-Conesa, Moral y Esteban-Albert, 2002; Sanabria, Otero y Urbina, 2002; León, 2006; Moreno, 2007; Francisco, 2008). Como expone Fernández Ferrín y Luis Rodrigo (2005) “una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia” (pp. 3-16), por lo tanto, la enfermería con el objetivo de cumplir este requisito, apuesta por una metodología científica aplicable al ámbito de su profesión.

Sin embargo, el desarrollo de la teoría y el método han discurrido de manera independiente y desigual y más todavía en su aplicación en la práctica. Ha llegado a contar con mayor aceptación, entre las enfermeras clínicas, el método que la teoría, ya que éste viene adoptándose y aplicándose en la práctica sin un modelo teórico de referencia, lo que representa una clara insuficiencia, pues para la práctica es necesario un modelo como referente conceptual que sistematice la acción (Morilla, Morales, Martín y Cuevas, 2006).

Existen propuestas que consideran la utilización del proceso de atención de enfermería como garantía suficiente para una buena práctica clínica (García, López y Vicente, 2004). Aunque, afortunadamente, el considerar la necesidad de contar con un referente conceptual y metodológico como guía para los cuidados enfermeros es un hecho cada vez más generalizado. Teixidor (2002) desarrolló esta idea al fundamentar la profesionalización en la sistematización de los cuidados sustentados en la teoría de Henderson y apoyados, al tiempo que innovados, en el desarrollo de la investigación.

La importancia que alcanza el uso en la práctica de la metodología enfermera sobre los modelos de cuidados se puede explicar por: la dificultad para determinar qué teoría científica o modelo de cuidados es el más idóneo para fundamentar la práctica científica, ya que no existe un único modelo o teoría que pueda explicar el universo de significados que adquieren sentido en las diversas situaciones de los procesos de cuidados; y la importancia que se ha concedido, históricamente, a las habilidades como competencias imprescindibles y casi únicas para los cuidados enfermeros, considerando a los profesionales de la enfermería como técnicos expertos y competentes. Así, se ha ido generando, entre estos profesionales, una concepción de la práctica profesional en la que priman, de manera singular, las estructuras metodológicas NANDA, NOC y NIC, utilizando estas estructuras como protocolos de procedimientos para intervenir en diferentes momentos del proceso de cuidados, pero exentas de explicaciones teóricas del por qué y el para qué de las acciones.

Esta tendencia se observa en los planes de cuidados estandarizados que ofrecen directrices de actuación para aplicar en la práctica clínica en función de la patología que presenta la persona que requiere de cuidados enfermeros o de la organización de diferentes unidades de atención (urología, cirugía, traumatología...), con el fin de unificar criterios y cuantificar los recursos necesarios o empleados en el proceso (Charrier y Ritter, 2005) y en las guías para el diseño del plan de cuidados a partir del diagnóstico (Ackley y Ladwig, 2011).

La utilización de las estructuras metodológicas estandarizadas en las que se toma como punto de partida el problema patológico es frecuente. Aparecen así propuestas como por ejemplo: “Diagnósticos más frecuentes en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2”. Estos planteamientos dibujan un panorama en el que la persona es considerada como entidad patológica, con la consiguiente pérdida de su singularidad. Nuestra experiencia nos dice que dos personas con el mismo problema de salud presentan problemas de cuidados muy diversos y diferentes, mientras que dos personas con problemas de salud muy diferentes pueden manifestar los mismos problemas de cuidados.

Con el uso sistemático de la estandarización de los planes de cuidados y de las herramientas taxonómicas, a nuestro juicio, se corre el riesgo de despersonalizar los cuidados enfermeros y limitar la valoración personalizada del paciente, que es precisamente una de las lagunas de la atención sanitaria que desde hace tiempo propicia el modelo médico, al concentrarse tanto y fraccionar la visión del paciente en pequeños y superespecializados campos.

Tanto los modelos de cuidados como el proceso de cuidados encuentran su razón de ser en los cuidados de salud de las personas y los grupos como centro de estudio de la disciplina y de interés de la profesión (Marriner y Raile, 2007); sin embargo, han sido hasta ahora objeto de escasa aplicación e investigación en nuestro entorno (Echevarría, López y Gutiérrez, 2004). Diferentes autoras coinciden en que las causas de esta ausencia de investigaciones se deben fundamentalmente a la orientación de la formación y de la práctica de la enfermería (Santo Tomás, 2003; Ortego, 2002), pues como se analizaba anteriormente, la formación ha estado centrada en el hacer, más que en el pensar y en contenidos relacionados con la enfermedad, más que en los cuidados de salud de la persona.

Los modelos desarrollados en nuestro país son muy escasos, poco estudiados y difundidos, resultando mucho más conocidos, incluso familiares, los elaborados por enfermeras norteamericanas, citadas anteriormente, a pesar de partir de trabajos empíricos de contextos geográficos, culturales, sociales y profesionales muy diferentes.

La práctica inexistencia de construcciones teóricas en nuestro medio puede entenderse por las limitaciones que han tenido los profesionales enfermeros españoles para el desarrollo de su disciplina, y la dificultad para adoptar y seguir un modelo teórico en la práctica puede explicarse por las diferencias culturales entre la realidad en la que han sido contruidos y la de su aplicación cuando se pretende importar un modelo. Como alternativa surgen propuestas que toman elementos de diferentes modelos, los interpretan y adaptan a la realidad de la enfermería comunitaria (Del Pino, Frías, Palomino y Cantón, 1995; Frías y Palomino, 1996).

En los últimos años, se ha impulsado el llevar los modelos y teorías a la práctica como una estrategia para fortalecer el conocimiento disciplinar con las repercusiones en términos de calidad, autonomía y visibilidad del cuidado de enfermería. A este respecto, es necesario reorientar el modelo de práctica desde el punto de vista conceptual para incorporar a la persona como protagonista principal del acto de salud, y en este sentido hay que evolucionar desde el paradigma tradicional hacia otros más integradores (Ortiz y Torres, 2006, p. 3), que valoren por igual todas las dimensiones de la persona, permitan buscar formas de dispensar cuidados excelentes y valorar la necesidad de desarrollar el trabajo diario de forma profesional.

Los cambios producidos en las últimas décadas, con el pleno desarrollo académico, hacen que el desarrollo disciplinar y profesional experimenten avances significativos. Alberdi (2006) destacó el impulso de la investigación en los cuidados como una de las consecuencias más característica de entre las que se han de producir con los inminentes cambios en la formación, y Arroyo (2007) planteó que, para formar parte de la sociedad del conocimiento, la enfermería debería desarrollar un nuevo conocimiento, propiciar la cultura de la innovación promoviendo la investigación y educar en valores a los futuros profesionales. La relación entre el avance de la enfermería como disciplina y la investigación ha sido una constante desde las últimas décadas del siglo XX.

La situación actual con la desaparición del actual techo académico, que ha estado presente como una reivindicación desde la integración de los estudios en la Universidad, hace pensar que el interés por desarrollar teorías y modelos en nuestro medio debe tender a aumentar. Es de esperar que estos estudios lleguen a proporcionar la formación suficiente que aporte el estímulo para el desarrollo de teorías empíricas que finalmente puedan ser aplicadas para explicar y predecir la práctica (Francisco, 2008) y permitan avanzar en la clarificación del ser enfermera y sobre todo en asumir el bien intrínseco de la profesión “los cuidados” (Morales, 2007), lo que se va introduciendo en la realidad asistencial y lo que, humildemente, pretendemos en la presente tesis.

Desde el punto de vista disciplinar, la evolución desde los modelos teóricos y marcos conceptuales enfermeros hasta su traslación a la práctica diaria está resultando un camino difícil, no exento de errores (Porcel, 2011). Muchas veces, se afirma que se “aplica” un modelo de cuidados tan solo por usar un formato de valoración organizado en apartados, cuyos nombres coinciden con los de los postulados teóricos o se “aplica” porque las enfermeras tienen un dominio avanzado del razonamiento diagnóstico pues registran diagnósticos NANDA en la historia clínica (Giménez y Serrano, 2008).

Los procesos de adopción de un modelo conceptual en el ámbito asistencial o en el de la docencia, suponen un reto difícil, un recorrido lento y complejo, que con voluntad, perseverancia y determinación de las enfermeras interesadas, motivadas y capacitadas para llevarlo a cabo, permitirá avanzar en el consenso sobre la imagen enfermera que se quiere comunicar, la oferta profesional que se está dispuesta a hacer, las acciones que se desean emprender y el cuidado enfermero que se desea ofertar. La importancia de la reflexión sobre la imagen de cómo es y qué naturaleza tiene la práctica del cuidado para conceptualizar la función de la enfermera, su concepción, comprensión y materialización, derivan de las perspectivas conceptuales y marcos teóricos. Estos marcos contienen, las definiciones de cuidado, salud, función profesional, currículo, enseñanza e investigación.

La elección de un modelo conceptual debería basarse en los resultados y estudios comparativos; sin embargo, actualmente, todavía no existen experiencias que demuestren la excelencia de un modelo sobre otro. Ningún modelo puede satisfacer plenamente todas las necesidades y algunos de ellos han recibido críticas por ser considerados representaciones incompletas y confusas de la realidad de enfermería (Irigibel-Uriz, 2007; Úbeda, 2009).

La revisión bibliográfica efectuada da soporte amplio a la relevancia que reviste para la disciplina profesional enfermera la adopción y aplicación de los modelos conceptuales (Moreno, 2003; Vega y González, 2004; Ibáñez, Amaya y Céspedes, 2005; Sánchez, 2005; López, Santos, Várez, Abril, Rocabert, Ruiz y

Mañé, 2006; Moreno, 2007; Kuerten y Lenise do Prado, 2008; Sancho y Prieto, 2012):

- Proporcionan una base teórica y científica para llevar a la práctica el trabajo de enfermería.
- Permiten que los profesionales trabajen con fundamento y evidencia en una actividad reflexiva y autónoma.
- Ofrecen habilidades analíticas que ayudan a los profesionales en todos sus niveles de actuación a realizar intervenciones más deliberadamente.
- Facilitan la actuación del profesional con sentido y conciencia “de lo” y “por lo” realizado en el abordaje del cuidado al permitirle descubrir, explicar, predecir y controlar los fenómenos de su interés.
- Circunscriben la identidad de la enfermería en el seno de la comunidad a quien presta sus servicios.
- Establecen una definición de los límites de la profesión y una descripción de la naturaleza de la misma en relación con las personas a las que sirve.
- Identifican y clarifican la relación de la enfermería con otros profesionales de la salud.
- Determinan, para las enfermeras y la sociedad, la misión y las metas de la profesión.
- Sirven como vehículo para etiquetar y clasificar los fenómenos pertinentes.
- Proporcionan un medio para el crecimiento teórico, coherencia conceptual, continuidad y unidad dentro de la profesión.
- Permiten desarrollar guías para la práctica, investigación, docencia y gestión de los cuidados enfermeros. En la administración promueve una estructura sistemática de las situaciones administrativas del cuidado de enfermería. En la investigación los modelos facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología e instrumentos a utilizar.

Hasta que se cuente con estructuras teóricas desarrolladas en nuestra realidad que facilite su aplicación en la práctica, es necesario el esfuerzo por aplicar alguno de los numerosos modelos existentes, a pesar de las dificultades que han sido analizadas anteriormente.

El modelo de enfermería más utilizado en la actualidad es el de Virginia Henderson, justificándose su amplio uso por ser uno de los modelos conceptuales más conocidos, en gran parte, debido a que la definición de la función propia de la enfermera que dio fue adoptada por el CIE y a que su obra *Principios de los cuidados básicos de enfermería* fue traducida a 25 idiomas (Marriner, 2003).

En nuestra comunidad autónoma ha sido sugerido por el Servicio Andaluz de Salud (Consejería de Salud, 2006, p. 11) como modelo a seguir en sus hospitales y centros de salud, así como en la mayoría de los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas de nuestro país (Santos, López, Varez y Abril, 2010; Santos, López, Sánchez, Bardallo, Fernández, Zabalegui, Abril, Varez y Tomás, 2011; Huitzi, Elorza, Urkia, Zubero y Zupiria, 2012).

Otras razones que han llevado a adoptar este modelo conceptual (Luis et al., 2005; Gabaldón, 2008), han sido las siguientes:

- Cumple varios de los criterios que algunas teóricas apuntan para la evaluación de un modelo: sencillez, generosidad, precisión empírica y consecuencias.
- Resulta coherente con los valores culturales de este país y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos.
- Su construcción teórica es muy abierta, lo que da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados (ya sea en centros sanitarios o en la comunidad).
- Expone, de manera clara, el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio.
- Incluye, también, como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud. Puesto que éste es un aspecto importante del ejercicio profesional en nuestro país, el modelo de Henderson no sólo delimita claramente el campo de actuación propio, sino que incluye “ayudar al paciente a seguir su plan terapéutico tal cual fue iniciado por el médico”, lo que hace que su adopción no entre en contradicción con nuestra realidad asistencial.

- Plantea que las relaciones multidisciplinares que se presentan dentro de una estructura de equipo son compatibles tanto para la asistencia hospitalaria y comunitaria, como para el resto de ámbitos (docencia, investigación y gestión), pero introduciendo el concepto de colaboración en un plano de igualdad con otros profesionales.
- Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno y de competencia para ocuparse de sus propios cuidados.
- Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable al afirmar que la persona/familia actúa como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas.
- Propone el método de solución de problemas, es decir, el proceso de enfermería, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, ventaja que no comparten otros modelos conceptuales desarrollados desde otros enfoques filosóficos.

Si bien es cierto que las razones que se han expuesto para su adopción han sido suficientes para demostrar la validez y utilidad del modelo de Henderson durante décadas, no es menos cierto que los logros alcanzados por la enfermería, en los últimos años, hacen ineludible una actualización de dicho modelo, fundamentalmente en lo que a sus conceptos metaparadigmáticos y de necesidad se refiere, así como a su aplicación en la práctica bajo la metodología científica (proceso de enfermería).

Se exponen, a continuación, algunas reflexiones que justificarían dicha actualización.

Henderson no pretendía elaborar una teoría enfermera definitiva. En vez de ello, desarrolló un concepto o definición personal para especificar la función única que ella creía que la enfermera desempeñaba. Este concepto o definición puede considerarse una filosofía según el preparadigma de una teoría de enfermería. Se reconoce el aporte filosófico, dado que es la primera propuesta que

indaga e incorpora conceptos universalmente aceptados como necesidad humana, persona, salud y entorno, en los que articula una proposición para conceptualizar a la enfermería, aunque no define los criterios para hacer operativos dichos conceptos (Jiménez, Salinas y Sánchez, 2004, pp. 61-63). Se puede suponer, entonces, que su intención no fue desarrollar una teoría o un modelo conceptual de enfermería, sino construir una definición que aclarara la función clínica de la práctica profesional y convencida en que ésta es un quehacer histórico que se modifica de acuerdo al momento en el que se practique, afirmó (Henderson, 1964):

Mi interpretación de la función de la enfermera es la síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas... En primer lugar, debo aclarar que no espero que todo el mundo esté de acuerdo conmigo. Al contrario, me gustaría que todas las enfermeras desarrollaran su propio concepto (pp. 62-68).

Sobre el concepto de persona, según Marriner (2003), Virginia Henderson identifica a la persona como paciente y la consideraba como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila, lo que induce a pensar que todavía este concepto de persona está orientado hacia la enfermedad, puesto que identifica a la persona como dependiente.

Su modelo plantea al individuo como un ser total con 14 necesidades básicas, que no puede ser reducido a la suma de sus partes. Aun cuando no aparece una definición concreta de necesidad, ésta es una constante en las 14 necesidades señaladas por la autora.

Así mismo, no dio una definición propia de salud. La compara con la independencia, a la cual considera como una filosofía humanista, en la que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos reales y potenciales que utilizan para lograr la independencia y satisfacción de sus necesidades, a fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente de forma temporal o permanente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad. Estas tres causas deberán ser identificadas para

la planificación de intervenciones, y tipo de actuación de suplencia o ayuda, determinadas por el grado de dependencia identificado.

Sin embargo, los conceptos sobre las causas de dificultad en la satisfacción de necesidades en las personas, no están lo suficientemente explícitos y diferenciados, de manera que puedan definirse operativamente las categorías o indicadores para facilitar la valoración objetiva de tales elementos (Jiménez et al., 2004, pp. 61-63).

Tampoco Henderson dio su propia definición de entorno. Por el contrario, utilizó la definición del Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que definía el entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo" (Henderson y Nite, 1978, p. 829).

El planteamiento de Henderson hacia el cuidado del paciente era reflexivo e implicaba tomar una decisión pero no mencionó nunca, específicamente, los pasos del proceso de atención enfermero (Marriner, 2003).

Para ella, en la valoración, la enfermera debía valorar las 14 necesidades del paciente. Después de valorar totalmente la primera, debía pasar a la siguiente, hasta completar las 14 necesidades; sin embargo, en ningún momento de su obra explica lo que cada necesidad propuesta implica respecto de sus manifestaciones de independencia o dependencia (Gallegos y Díaz, 2006, pp. 268-273).

El Diagnóstico de Enfermería se formuló muchos años después de la publicación de la construcción filosófica de Henderson y por tanto no es tratado por ella, lo cual interfiere en el análisis de los datos recogidos sobre las 14 necesidades. En la práctica, pueden aparecer dificultades en la identificación correcta de un diagnóstico determinado y en su formulación completa, como cuando se establece una etiqueta diagnóstica de forma intuitiva, se confunden las características definitorias con la etiqueta diagnóstica, cuando el diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología o cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería.

Por otra parte, aunque es cierto que hay un consenso generalizado en que el modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson ha sido útil en la contribución curricular, en el campo de la investigación sobre las necesidades planteadas por ella, los resultados son poco alentadores. Los modelos de enfermería son utilizados en un porcentaje muy bajo a la hora de fundamentar teóricamente trabajos de investigación (Cabrero y Richart, 2000; Triviño y Sanhueza, 2005; Murrain, 2009; Moretón, 2011).

Uno de los principales obstáculos para la investigación de las necesidades en las diferentes poblaciones es, precisamente, la carencia de información específica que describa las necesidades de salud de las mismas, debido, fundamentalmente, a la variabilidad y multidimensionalidad de las definiciones del término “necesidad” y a la manera de abordarlas. Sin embargo, esta realidad no puede desviar el objetivo del sistema de salud que es precisamente satisfacer las demandas de la población en este campo, reconociéndolas, apropiadamente, para tomar decisiones y orientar los aspectos administrativos, clínicos y epidemiológicos hacia las distintas situaciones y determinantes del proceso salud-enfermedad (Vizcaya y Gásperi, 2013).

Se han propuesto varios métodos y a partir de ellos acciones que permiten dirigir los esfuerzos a reconocer las necesidades. Éstos emplean indicadores que tratan de explicar las características y la magnitud de los problemas, y se pueden clasificar según sean indicadores objetivos o externos (medidas de situaciones, hechos o estados concretos que pueden ser observados y verificados por observadores externos al proceso de medición) o indicadores subjetivos o internos (miden opiniones, relatos o descripciones de las personas desde su propia percepción del mundo) (Riechmann, 1998).

De igual manera existen diferentes abordajes para cuantificar y calificar las necesidades en salud. Cada una de ellas hace aportes específicos y cuenta también con sus propias limitaciones (Bedregal, Quezada, Torres, Scharager y García, 2002). Se pueden hacer inferencias a partir de censos, estadísticas vitales, tasas poblacionales, etc. Se pueden medir, a través de la percepción aportada por el usuario sobre su salud, síntomas, enfermedades, lesiones e incapacidades, o bien,

de mediciones objetivas de la función física y mental, o de signos vitales y niveles bioquímicos, entre otras determinaciones. Entre estos abordajes, los estudios epidemiológicos son aplicados habitualmente. Su propósito es estimar factores como la magnitud global de un problema, la repercusión en la salud, la integridad de los servicios de salud, las necesidades específicas de atención a la salud de los individuos, etc.

Estos estudios tienen en cuenta, primordialmente, la información para tomar decisiones y sobre la base de ésta consideran los siguientes aspectos: que la información sea oportuna, la identificación de los datos, su análisis y la elaboración de los informes correspondientes debe hacerse de forma precisa para adoptar acciones pertinentes y eficientes; que la información sea objetiva, ya que los datos deben responder a situaciones reales, elaborados con criterios técnicos imparciales; que sea oficial, debido a que la evaluación debe ser desarrollada por personal de salud entrenado y que la información sea dinámica, porque la evaluación debe ser permanente para detectar las nuevas necesidades y tomar acuerdos con los escenarios cambiantes (Rodríguez y Terry, 2001).

Ante esta situación, siguiendo las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermería (2007) en cuanto a las prioridades de investigación en enfermería para el presente siglo y dada la validez de los diagnósticos de la NANDA-I en los estudios epidemiológicos de la incidencia y prevalencia de diagnósticos específicos en determinados entornos y poblaciones (Lunney y Müller-Staub, 2013), se pretende estudiar las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar, a través de los diagnósticos de enfermería de la NANDA, fundamentándonos, para ello, en la actualización del modelo de cuidados de Virginia Henderson.

2.3. Objetivos

Desde hace años, el uso del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson se ha venido incorporando a la formación académica y a la praxis de la enfermería en nuestro país; de tal forma, que podemos afirmar que se ha convertido en el modelo mayoritariamente estudiado en nuestras Escuelas y Facultades de Enfermería y el más utilizado por los profesionales en la práctica asistencial.

Los avances producidos en la enfermería en los últimos tiempos, el auge, cada vez mayor, que adquiere el uso del proceso de enfermería como herramienta metodológica para prestar cuidados y la necesidad de realizar investigaciones que nos permitan conocer las necesidades de cuidados de la población en todas las edades, contextos y culturas, e intentar darles solución, hacen necesario reorientar y adaptar el modelo desde el punto de vista conceptual y en la práctica profesional.

2.3.1. Fase 1

Objetivo General

Actualizar el modelo de cuidados de Virginia Henderson para el estudio disciplinar y la práctica asistencial de la enfermería actual.

Objetivos Específicos:

- Proponer postulados a los conceptos metaparadigmáticos del modelo, al estudio e identificación de las necesidades y a la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el marco del proceso de enfermería.

2.3.2. Fase 2

Objetivo General

Realizar una primera foto fija, identificar las necesidades básicas, fundamentadas en el modelo actualizado de Henderson, de la población del Campo de Gibraltar, a través de los diagnósticos enfermeros de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) que ayudará a diseñar y proponer estrategias de cuidados para la satisfacción de las mismas.

Objetivos Específicos:

- Determinar la incidencia de la alteración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y de los diagnósticos de enfermería en la población asistida del Campo de Gibraltar.

- Cuantificar los diagnósticos de enfermería vinculados a cada necesidad y conocer la distribución por edad, sexo y población de residencia en relación a las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Determinar diferencias en la distribución de los episodios asistenciales/ necesidades entre los municipios del Campo de Gibraltar.
- Analizar la relación existente entre las variables sociodemográficas y la utilización de los servicios sanitarios en el Campo de Gibraltar.
- Elaborar mapas sociosanitarios de las necesidades para la proyección y análisis de la información y resultados obtenidos.
- Constatar la utilidad de los sistemas informáticos Diraya y Azahar como fuentes de información epidemiológica en el estudio de necesidades en el campo de la enfermería.

*En la investigación es incluso
más importante el proceso
que el logro mismo.*

Emilio Muñoz

3 Material y Métodos

Esta investigación salvaguarda los principios fundamentales relativos a los derechos humanos y la biomedicina recogidos en la Declaración de Helsinki (Asamblea Médica Mundial, 2008) y en el Convenio del Consejo Europeo y las premisas éticas recogidas en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (BOE, 2002), así como en la legislación española relativa a la investigación biomédica y la bioética. Los datos recogidos se han tratado conforme a lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE, 1999).

El estudio cumple todas las normas vigentes tanto éticas como legislativas para el acceso a los datos de los pacientes, para lo cual se solicitó el correspondiente permiso a la Comisión de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Puerto Real, Bahía de Cádiz, La Janda y Campo de Gibraltar, que aprobó el proyecto (expediente núm. 11_12) (ANEXO I).

Para la consecución de los objetivos propuestos, se ha abordado la investigación con un diseño mixto en dos fases, en una primera fase una investigación teórica documental y una investigación epidemiológica descriptiva para la segunda fase del estudio.

3.1. Fase 1. ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA EL ESTUDIO DISCIPLINAR Y LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE LA ENFERMERÍA ACTUAL

3.1.1. Diseño del Estudio

Se utiliza como método la investigación teórica, documental, de tipo argumentativa.

Se puede definir la investigación documental como parte esencial de un proceso de investigación científica, constituyéndose en una estrategia donde se observa y reflexiona sistemáticamente sobre realidades usando para ello diferentes tipos de documentos. Indaga, interpreta, presenta datos e informaciones sobre un tema determinado de cualquier ciencia, utilizando para ello, una metódica de análisis; teniendo como finalidad obtener resultados que pudiesen servir de base para el desarrollo científico (Rivera, 2008; Pineda, 2010). Como en el proceso de investigación documental se dispone, esencialmente, de documentos, que son el resultado de otras investigaciones, de reflexiones de teóricos, lo cual representa la base teórica del área objeto de investigación, el conocimiento se construye a partir de la lectura, análisis, reflexión e interpretación de dichos documentos.

Por su parte, la investigación Argumentativa, trata de probar que algo es correcto o incorrecto, deseable o indeseable y que requiere solución. Discute consecuencias y soluciones alternas, y llega a una conclusión crítica después de evaluar los datos investigados. Una vez que el tema ha sido seleccionado, el siguiente paso básico es generar preguntas sobre el mismo que puedan guiar la recolección de información significativa al desarrollar la investigación. Presenta las ideas que componen el texto de su investigación de manera ordenada, estableciendo las relaciones lógicas entre ellas (Muñoz, 2011). Existe también el requisito de que el investigador tome partido o determine una postura personal sobre un asunto controvertido, que tratará de apoyar, con su escrito.

3.1.2. Descriptores

Este trabajo se inicia con la búsqueda y el estudio de la documentación existente sobre los siguientes descriptores mesh y decs: “Virginia Henderson”, “modelos de enfermería” “nursing models”, “necesidades humanas básicas” “basic human needs”, “persona” “person”, “salud” “health”, “entorno” “environment”, “proceso de enfermería” “nursing process”, “diagnósticos de enfermería” “nursing diagnosis”.

3.1.3. Buscadores y Bases de Datos

- BDIE. Base de Datos para la Investigación en Enfermería – Instituto Carlos III- y la Fundación Índex. Recoge la producción científica de la enfermería en España desde 1990 hasta la actualidad: proyectos de investigación, tesinas, publicaciones periódicas, boletines oficiales, congresos, etc.
- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Es una base de datos especialmente diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, así como otros relacionados. Facilita acceso a prácticamente todas las revistas sobre estas disciplinas publicadas en inglés, a las publicaciones de la American Nurses Association y la National League for Nursing.
- COCHRANE. Base de datos que recoge revisiones sistemáticas elaboradas a partir de ensayos clínicos controlados, así como revisiones de la evidencia más fiable derivadas de otras fuentes.
- CUIDATGE. Base de datos de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). Recoge las publicaciones periódicas, desde 1973, sobre enfermería así como de otros ámbitos de las ciencias de la salud que consideran relevantes.

- CUIDEN y CUIDEN PLUS. Es la base de datos bibliográfica de la Fundación Índex. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y materiales no publicados.
- EMBASE. Base de datos en línea, creada por Excerpta Medica y producida por Elsevier Science, de Medicina y disciplinas relacionadas. Proporciona registros bibliográficos (y resúmenes en el 75% de los registros) de los artículos contenidos en 3.500 revistas publicadas en más de 110 países, con mayor atención a la literatura europea, e incluye, entre sus fuentes, congresos y encuentros.
- ENCUESTR@. Base de datos de Enfermería 21. Es un buscador de contenidos científicos actualizados específicos de enfermería en red. Permite el acceso a más de 75.000 documentos a texto completo, 124.000 gráficos e ilustraciones de enfermería, una selección de obras enciclopédicas y de referencia para el estudio y actualización de enfermería, una selección de revistas y publicaciones periódicas especializadas, protocolos y guías de actuación rápida, así como obras de referencia en atención especializada, bases de datos especializadas, atlas de anatomía y diccionario de Ciencias de la Salud.
- HEMEROTECA VIRTUAL CANTÁRIDA. Es un proyecto de la Fundación Índex que persigue establecer un entorno de intercambio científico y diálogo entre editores, autores y lectores. Incluye revistas y fondos documentales a texto completo de interés para los cuidados de salud que tienen un contenido eminentemente científico.
- INI (International Nursing Index). Base de datos que consta de dos secciones principales. La sección de autores, en la que los artículos son clasificados en orden alfabético de los autores y las citas están registradas en su lengua original y, la sección materia, en la que los artículos están clasificados en

orden alfabético de las materias. Las palabras clave empleadas están determinadas por el tesauro MeSH (Medical Subject Headings), así como por un tesauro adicional, específico de enfermería, denominado Nursing Thesaurus, que se forma por la acumulación anual de las referencias del International Nursing Index. El INI se publica por The American Journal of Nursing, publicación oficial de la American Nurses Association, en cooperación con la National Library of Medicine de los Estados Unidos. Están incluidas más de 270 revistas de enfermería de todo el mundo, así como los artículos de enfermería de las 2.700 revistas biomédicas o relacionadas con las ciencias de la salud que están indexadas en el Index Medicus. Los apéndices incluyen libros de enfermería publicados y una lista de publicaciones de organizaciones y agencias especializadas. Se trata de un índice acumulativo anual que recoge referencias bibliográficas desde 1966 hasta el presente. El International Nursing Index está disponible electrónicamente formando parte de la base de datos Medline.

- JBI COⁿNECT España (Joanna Briggs Instituto-Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics). Red clínica de Evidencia on-line sobre Cuidados. Es una plataforma informática que proporciona a los usuarios una serie de recursos y herramientas para buscar, valorar críticamente y resumir la evidencia disponible; integrarla, utilizarla en la práctica clínica y evaluar el impacto de su utilización. Está diseñada para facilitar a los servicios de salud, a sus profesionales y a los usuarios habilidades y recursos que mejoren los cuidados.
- MEDLINE. Base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, proporciona información médica de la mano de autoridades en ciencias de la salud, enfermería, odontología, veterinaria, asistencia de la salud, ciencias preclínicas, etc. El índice de esta base de datos, creada por la National Library of Medicine, está ordenado en función de los encabezamientos de tema médico (MeSH). Este sistema de indexación hace uso de jerarquías, subtítulos y la posibilidad de expandir las búsquedas para consultar citas procedentes de más de 4.800 publicaciones actuales del campo de la biomedicina. Ofrece el texto completo de más de 1.470 revistas.

- SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas de ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos. Es el resultado de la cooperación entre BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud) y FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo). Está siendo desarrollado en España por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, gracias al acuerdo de colaboración establecido en la OPS/OMS y el Instituto de Salud Carlos III. El principal objetivo es contribuir al desarrollo de la investigación, aumentando la difusión de la producción científica y mejorando y ampliando los medios de publicación y evaluación de sus resultados.
- TESEO. Es una base de datos, del Consejo de Universidades, gestionada por el Ministerio de Educación, que recoge y permite recuperar información acerca de las tesis doctorales leídas y consideradas aptas en las Universidades españolas desde 1976. La información procede directamente de la Comisión de Doctorado de las Universidades, que remite al Consejo de Universidades la correspondiente ficha de tesis.

3.1.4. Etapas del Estudio

1. Recopilación de la documentación básica sobre el tema.
2. Elaboración de fichas bibliográficas y hemerográficas que permiten localizar rápidamente el material en el momento oportuno y en las que se registraron, de manera independiente, los datos de las obras consultadas (nombre del libro, revista, web, etc., autor/es, número de edición, etc.).
3. Lectura rápida del material, con el fin de ubicar las principales ideas y conocer la calidad del material recabado.
4. Delimitación del tema.
5. Elaboración del esquema de trabajo. Permite tener un registro visual del esqueleto del escrito para detectar defectos, facilitar el inventario de la información recogida y orientar la recopilación de la información faltante.

6. Ampliación del material sobre el tema ya delimitado a través de nueva búsqueda de información directamente ligada con éste.
7. Lectura minuciosa de la bibliografía. Implica reflexión e interpretación de ésta y su resultado son las ideas que se incluirán en las fichas de contenido.
8. Elaboración de fichas de contenido. Contienen las ideas más importantes y permiten el fácil manejo de datos e ideas ajenas o propias.
9. Organización de las fichas de contenidos y revisión del esquema. Permiten evaluar el material recopilado, localizar posibles lagunas, detectar excesos en las ideas transcritas y revisar el esquema de trabajo con el fin de darle mayor orden y uniformidad antes de redactar el borrador.
10. Redacción del trabajo final.

3.2. Fase 2. IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE SALUD, FUNDAMENTADAS EN EL MODELO DE HENDERSON ACTUALIZADO, DE LA POBLACIÓN ASISTIDA DEL CAMPO DE GIBRALTAR

3.2.1. Diseño del Estudio

Para el segundo objetivo, identificación de las necesidades básicas, fundamentadas en el modelo de Henderson, de la población asistida del Campo de Gibraltar, se realiza un estudio epidemiológico descriptivo de corte transversal, para el año 2010 (últimos datos actualizados en el momento de iniciar el estudio), de los diagnósticos enfermeros, bajo un diseño ecológico.

3.2.2. Ámbito del Estudio

El Campo de Gibraltar es una comarca perteneciente a la provincia de Cádiz situada en el extremo sur de Andalucía, siendo el territorio más meridional de la Península Ibérica y, por tanto, de la Europa continental.

Los municipios que la componen son siete: Algeciras, Los Barrios, La Línea de la Concepción y San Roque, todos ellos situados en el arco que

conforma la Bahía de Algeciras, además de Tarifa, principalmente orientada hacia el Océano Atlántico, y Castellar de la Frontera y Jimena de la Frontera, ambos en el interior de la comarca (mapa 1).

MAPA 1
Municipios del Campo de Gibraltar



Fuente: Elaboración propia

Los siete municipios de la comarca conforman el Área Sanitaria del Campo de Gibraltar, una de las nueve áreas del Servicio Andaluz de Salud definidas por la Consejería de Salud (BOJA, 2002). Esta área comprende 2 zonas de influencia compuestas por 2 hospitales de referencia, el Hospital “Punta Europa” de Algeciras y el Hospital de La Línea, y por 6 zonas básicas de salud con 11 centros de salud, 18 consultorios locales y 6 consultorios auxiliares (tabla 8).

TABLA 8

Centros asistenciales sanitarios del Campo de Gibraltar

ZONAS DE INFLUENCIA			
HOSPITAL DE REFERENCIA PUNTA DE EUROPA DE ALGECIRAS		HOSPITAL DE REFERENCIA DE LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN	
ALGECIRAS	Centros de salud: - Algeciras Norte - Algeciras Sur - Algeciras Centro - La Bajadilla Consultorios Locales: - El Cobre - La Juliana - Rinconcillo - San García - Tomasa Morales Consultorios Aux: - El Pelayo	LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN	Centros de Salud: - Levante - Poniente - Centro-La Velada
TARIFA	Centros de Salud: - Tarifa Consultorios Locales: - Facinas - Tahivilla Consultorios Aux: - Bolonia	SAN ROQUE	Centros de Salud: - San Roque Consultorios Locales: - Campamento - Estación de San Roque - Guadiaro - Puente Mayorga - S. Enrique de Guadiaro - Taraguilla Consultorios Aux: - Guadarranque - Torreguadiaro
LOS BARRIOS	Centros de Salud: - Los Barrios Consultorios Locales: - Los Cortijillos - Palmones	JIMENA DE LA FRONTERA	Centros de Salud: - Jimena de la Frontera Consultorios Locales: - Castellar de la Frontera - S. Martín del Tesorillo - S. Pablo de Buceite Consultorios Aux: - Almoraima - Castillo de Castellar

Fuente: Elaboración propia

3.2.3. Población de Referencia, Objeto y Período de Estudio

Se han estudiado todos los episodios asistenciales acaecidos en el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar durante 2010.

Dado que se ha trabajado con el total de episodios asistenciales registrados oficialmente en el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, se tomará como referencia a la población total de la Comarca. Los datos de la misma se obtuvieron de los censos de población de la Base de Datos del Instituto Nacional

de Estadística (Instituto Nacional de Estadística, 2012). La distribución de dicha población se refleja en la tabla 9.

TABLA 9
Población de los municipios del Campo de Gibraltar

POBLACIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL HABITANTES
Algeciras	59.539	58.271	117.810
La Línea	32.876	32.068	64.944
San Roque	14.887	15.078	29.965
Los Barrios	11.335	11.518	22.853
Tarifa	8.751	9.105	17.856
Jimena	5.042	5.405	10.447
Castellar	1.581	1.606	3.187
TOTAL	134.011	133.051	267.062

Fuente: Elaboración propia. Datos Instituto Nacional de Estadística

Los grupos etarios se han clasificado siguiendo los valores propuestos por NANDA-I en su clasificación 2012-2014 (Heather y von Krogh, 2013, p. 61):

- Lactantes: en edades comprendidas entre los 0 días hasta los 2 años.
- Niños Pequeños: desde los 2 a los 3 años.
- Preescolares: desde los 4 a los 5 años.
- Escolares: desde los 6 a los 11 años.
- Adolescentes: de 12 a 19 años.
- Adultos: de 20 a 64 años.
- Ancianos: 65 o más años.

3.2.3.1. Criterios de Exclusión

Se han utilizado los siguientes criterios de exclusión:

- Historias clínicas pertenecientes a personas no residentes en la comarca del Campo de Gibraltar.
- Historias clínicas en las que no apareciera al menos un diagnóstico enfermero.

- Historias clínicas que incluyeran sólo diagnósticos de promoción de la salud: ya que éstos se establecen cuando las personas gozan de un estado de salud y/o funcionamiento eficaces, no representando, por tanto, una necesidad.

3.2.4. Fuente de Información de Datos

Se han estudiado, en las Historias Clínicas Informatizadas (HCI), los registros de enfermería de los Módulos de Cuidados Enfermeros Azahar en los 2 hospitales (Hospital del SAS de Algeciras y Hospital del SAS de La Línea) y los registros de enfermería de los Módulos de Cuidados Enfermeros Diraya en los 11 centros de salud pertenecientes al Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar del Servicio Andaluz de Salud, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2010, analizando las etiquetas diagnósticas, según la Clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en su versión 2007-2008, recogidas al ingreso de los pacientes.

Los datos se recabaron a través del Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

El Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información tiene como objetivo principal gestionar la infraestructura tecnológica de los proyectos corporativos. Ofrece cobertura y soporte como centro cualificado de innovación tecnológica y facilita a todas aquellas personas que trabajan en el Servicio Andaluz de Salud el uso de los sistemas de información en el desempeño de su labor profesional asistencial o de gestión y servicios (Servicio Andaluz de Salud, 2014).

Con el objetivo de agilizar la comunicación de los profesionales, los Servicios de Tecnologías y Sistemas de Información están conectados e integrados en el Centro de Gestión de Servicios TIC del Servicio Andaluz de Salud (CGES). El CGES tiene un papel clave en la organización de las tecnologías de la información del Servicio Andaluz de Salud.

3.2.5. Método de Obtención de Datos

Los datos fueron capturados de los Módulos de Cuidados Enfermeros Diraya y Azahar y exportados a una base de datos creada por el Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar en formato Excel, donde se incluyeron como variables:

1. Fecha de nacimiento.
2. Sexo.
3. Domicilio.
4. Código postal.
5. Centro.
6. Identificación episodio.
7. Fecha de ingreso.
8. Fecha de alta.
9. Edad.
10. Días de estancia.
11. Motivo del ingreso.
12. Diagnósticos enfermeros.

EL MÓDULO DE CUIDADOS ENFERMEROS DIRAYA

Las etiquetas diagnósticas se exportaron de las ventanas “cuestionarios propuestos”, “diagnósticos propuestos” (figura 2) a la base de datos creada por Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGSCG.

EL MÓDULO DE CUIDADOS ENFERMEROS AZAHAR

Las etiquetas diagnósticas se capturaron de la ventana “resumen de cuidados”, donde aparecen todos los diagnósticos NANDA que ha tenido el paciente desde su ingreso, incluyendo las fechas en las que éstos se identificaron (Hospital Universitario Reina Sofía, 2012) (figura 3).

The screenshot shows a software window titled 'Aplicación Diraya'. It has two main sections at the top: 'Cuestionarios propuestos' (Proposed questionnaires) and 'Diagnósticos propuestos' (Proposed diagnoses). Below 'Cuestionarios propuestos', there is a list with two items: 'Cuestionario cage camuflado' and 'Cuestionario Malt'. Below 'Diagnósticos propuestos', there is a list with three items: 'Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo', 'Negación ineficaz', and 'Incumplimiento del tratamiento(especificar)'. At the bottom of the window, there is a section titled 'Diagnóstico seleccionado' (Selected diagnosis) which contains a list of selected diagnoses: 'Afrontamiento individual inefectivo (22/02/2006 - ...)', 'Conocimientos deficientes(especificar) (22/02/2006 - ...)', 'Manejo inefectivo del régimen terapéutico (22/02/2006 - ...)', 'Riesgo de violencia dirigida a otros (22/02/2006 - ...)', and 'Riesgo de lesión (Genérico) (22/02/2006 - ...)'. At the bottom right, there are two buttons: 'Aceptar' (Accept) and 'Cancelar' (Cancel).

FIGURA 2
Aplicación Diraya. Cuestionarios y Diagnósticos de Enfermería

The screenshot shows a software window titled 'Aplicación Azahar'. The window has a title bar with 'NRP: 005739 - Paciente:' and 'Cama: 4817B - Resumen de cuidados'. Below the title bar, there is a navigation bar with buttons for 'Página 1 de 2' and 'Escala: 100'. The main content area is titled 'RESUMEN DE CUIDADOS' (Care Summary). It contains several sections: 'DATOS DEL PACIENTE' (Patient Data) with fields for 'Nombre y Apellidos:' and 'Cama: 4817B'; 'Fecha Ingreso: 17/8/2005' and 'UNIDAD: 8ª PLANTA'; 'PLAN DE CUIDADOS' (Care Plan) with 'Plan de Cuidados Individual' and 'Días de ingreso: 12 días'; 'DIAGNOSTICO NANDA: Riesgo de infección (27/8/2005)' with 'Relacionado con: Procedimientos invasivos'; 'NOC (resultados): Estado infeccioso.' with '- Fiebris por catéter venoso periférico: (27/8/2005.5 - 28/8/2005.5)'; 'NIC (intervenciones):' with '- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (CAY)'; 'DIAGNOSTICO NANDA: Riesgo de síndrome de desuso (27/8/2005)' with 'Relacionado con: Alteración del nivel de conciencia: letargo'; 'NOC (resultados): Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.' with '- Alteración de la movilidad articular: (27/8/2005.3 - 28/8/2005.3)'; 'NIC (intervenciones):' with '- Mantenimiento de la salud bucal'; 'DIAGNOSTICO NANDA: Deterioro de la integridad cutánea (27/8/2005)' with 'Relacionado con: Factores mecánicos, Inmovilización física' and 'Manifestado por: Alteración de la superficie cutánea'; 'NOC (resultados): Curación de la herida por segunda intención.' with '- Resolución del tamaño de la herida. Índice de severidad: (anchura+longitud) x estado / 2 (27/8/2005.2 - 28/8/2005.2)'. At the bottom left, there is a button labeled 'Imprimir' (Print) and at the bottom right, a button labeled 'Cerrar' (Close).

FIGURA 3
Aplicación Azahar. Resumen de Cuidados

3.2.6. Análisis Estadístico

En base al diseño que acabamos de desarrollar, se han estudiado las características personales (edad y sexo) de los pacientes asistidos en los distintos hospitales y centros de salud de la comarca y las características del episodio asistencial.

De cada episodio asistencial fueron estudiadas las siguientes variables: edad, sexo, municipio de residencia, diagnósticos de enfermería asignados, alteración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y diagnósticos de la NANDA observados en cada una de las 14 necesidades.

Se realizó el análisis de la distribución de las diferentes etiquetas diagnósticas según necesidad, edad, género y municipio de residencia. Asimismo, se analizaron si las características de los diferentes procesos seguían un patrón por municipios.

3.2.6.1. Estadísticos Descriptivos

Los datos se han analizado descriptivamente según las distribuciones de frecuencias correspondientes y las medidas de síntesis oportunas (media, mediana, moda y desviación estándar).

Para el procesamiento de los datos y posterior análisis estadístico se han empleado los siguientes programas informáticos:

- Microsoft Excel 2013.
- IBM SPSS Statistics 20.
- Statgraphics Plus 5.1.
- SIG ArcView 3.2.

3.2.6.2. Medidas de Incidencia (Almenara, 2002)

La incidencia constituye una forma de medir estadísticamente la frecuencia de una enfermedad, cuantificando en esencia el número de casos nuevos de enfermedad que se desarrollan en una población a riesgo durante un periodo de tiempo especificado.

Dos son las medidas o métodos que permiten la medición de la incidencia (Bolumar, 2008; Almenara, 2002): el riesgo o incidencia acumulada y la tasa de incidencia.

INCIDENCIA ACUMULADA O RIESGO

Se puede hablar de una incidencia acumulada absoluta al referirse sólo al número de casos nuevos de una enfermedad u otro fenómeno ocurrido entre dos fechas (Tapia, 1994).

Aunque lo habitual será obtener una medida de incidencia relativa que se define como la proporción de personas de una población inicialmente libres de enfermedad que desarrolla la patología dentro de un intervalo de tiempo.

$$R = \frac{\text{Nº de casos nuevos de enfermedad en una población definida en un intervalo de tiempo, } I}{\text{Nº total de personas sin la enfermedad al inicio del periodo (a riesgo), } N_0'}$$

Cuando la duración (Δt_i) de los periodos individuales de seguimiento en los sujetos libres de enfermedad varían sustancialmente debido a pérdidas o muertes por otras causas, tanto en cohortes fijas como en poblaciones dinámicas, se deberá estimar la incidencia acumulada mediante el llamado método actuarial o de tabla de vida.

Con el método actuarial, la incidencia acumulada o riesgo, $R(t_0, t)$, para un periodo de tiempo (t_0, t) es estimado mediante la expresión (Kleinbaum, Kupper, Morgenstern, 1982):

$$R_{(t_0, t)} = I / \left[N_0 - \left(\frac{w}{2} \right) \right]$$

Donde W (del inglés Withdrawals, retirada) es el número de pérdidas ocurridas en la población en seguimiento durante el período de estudio.

DENSIDAD DE INCIDENCIA O TASA DE INCIDENCIA

La segunda de las medidas que estiman la incidencia de una enfermedad es la tasa de incidencia o densidad de incidencia.

Se puede definir una tasa de incidencia absoluta y una tasa de incidencia relativa que se pueden calcular como:

- Tasa de Incidencia Absoluta = N° de casos ocurridos/Tiempo de observación.
- Tasa de Incidencia Relativa = N° de casos ocurridos/ \sum (N° de individuos observados) x (tiempo de observación).

En el primer caso se mide el número de casos por unidad de tiempo, el denominador es el tiempo de observación. En el segundo caso el denominador es la cantidad de observación, y mide el número de casos por individuo de una población y por unidad de tiempo observado.

De la segunda medida se deriva una definición del concepto de tasa de incidencia de una enfermedad, que viene dada por un parámetro que mide en una población determinada y en un tiempo la aparición de nuevos casos de la enfermedad. Al ser este parámetro una medida de incidencia, toma en cuenta el número de individuos nuevos que enferman en el período de estudio, es decir el número de comienzos de enfermedad en la población objeto de seguimiento, en nuestro caso el número de nuevos episodios asistenciales, dividido por el periodo

de tiempo de observación de todos los individuos de esa población. Por lo tanto, la tasa de incidencia es un cociente que al tener una frecuencia en el numerador y una medida de tiempo en el denominador, es del tipo personas/tiempo (Rothman, 1987). Ya que la dimensionalidad de la tasa es casos/tiempo, no puede ser una proporción, oscilando su rango numérico de 0 a infinito. Queda claro entonces que la tasa de incidencia no mide la proporción de sujetos enfermos.

Y viene dada por:

$$DI = \frac{\text{Nº de casos nuevos de enfermedad en una población definida en un intervalo de tiempo, I}}{\text{Suma de periodo de tiempo a riesgo (libre de enfermedad) de cada sujeto a lo largo del intervalo de tiempo, } \sum \Delta t_i}$$

En una gran mayoría de los estudios de morbilidad no existen datos individualizados de seguimiento, pero se necesita calcular una tasa de incidencia a partir de los datos recogidos en los sistemas de información para una zona geográfica bien definida (Bolumar, 2008).

Si se asume que la población es dinámica con entrada y salida, el denominador de la medida que se definirá a continuación vendrá dada por el promedio de población que ha residido en la zona durante el periodo de tiempo en cuestión. Bajo determinados supuestos (periodo no muy largo y compensación de los movimientos migratorios) se puede utilizar como población promedio la estimada a mitad del periodo de estudio, quedando la tasa definida como:

$$\text{Tasa de incidencia con datos agregados (DI)} = \frac{\text{nº de casos nuevos de enfermedad en una población definida en un intervalo de tiempo (I)}}{\text{Estimación de personas-tiempo seguidas en un intervalo dado (P_x)}}$$

Que se puede estimar mediante:

$$DI = \frac{I}{P_x}$$

Donde I representa los nuevos casos acaecidos, en nuestro trabajo casos asistenciales en el período, y P_x una estimación de personas-tiempo seguidas en ese intervalo de tiempo.

Nótese que la tasa de incidencia para datos agregados no está referida a la población, no es una proporción, sino está basada en una unidad de tiempo (personas-año).

Cuando los datos procedan de un muestreo se podrá calcular el correspondiente intervalo de confianza para la tasa de incidencia:

Puede demostrarse que una estimación del error estándar de DI viene dado por (Dos Santos, 1999):

$$EE(DI) = \frac{DI}{\sqrt{I}}$$

Por lo que un intervalo de confianza al 95% puede obtenerse según:

$$DI \pm 1,96 \times EE(DI)$$

Dada la naturaleza del problema que se estudia en esta tesis, se ha optado por la última de las medidas presentadas para medir la incidencia de los episodios asistenciales. Donde, el numerador lo forman los episodios asistenciales para el periodo de estudio según tipo de medición: total de casos, por sexo, etc. que dará lugar a las medidas siguientes:

- Densidad de incidencia de los episodios asistenciales.
- Tasa de incidencia personas-año para cada necesidad.

- Tasas de incidencia por 1.000 habitantes de los episodios asistenciales según diagnóstico de enfermería-necesidad. Para el total de la población, por sexos y municipios.

El denominador es la estimación de personas-tiempo según las proyecciones del INE. En concreto, en esta situación la proyección de población a 1 de julio de 2010 (mitad de periodo) tomando como base el Censo de 2011, para el total de población y para ambos sexos.

3.2.6.3. Sistemas de Información Geográfica (SIG)

La utilización de la cartografía como apoyo a los estudios epidemiológicos es muy antigua y se ha visto reforzada por el desarrollo de herramientas informáticas como los Sistemas de Información Geográfica (SIG). Los SIG facilitan el uso de cartografía en estos estudios al ser una herramienta que conjuga la representación gráfica con la explotación y el tratamiento de la información referenciada en el espacio. El Sistema de Información Geográfica utilizado para representar las variables obtenidas ha sido el programa informático SIG ArcView 3.2 creado por la empresa “Environmental Systems Research Institute” (ESRI).

La representación de la información ha requerido la utilización de cartografía en formato vectorial de los municipios de la comarca.

Los indicadores han sido representados cartográficamente mediante intervalos utilizando distintas gradaciones de color para facilitar su visualización. La selección de los intervalos se realizó mediante el método de los quintiles. Este tipo de distribución estadística permite reducir el sesgo que se produce al agrupar variables, facilitando la observación y comprensión de los fenómenos espaciales al conseguir que cada una de las clases contenga el mismo número de observaciones.

*Duda siempre de ti mismo,
hasta que los datos no dejen
lugar a dudas.*

Louis Pasteur

4 Resultados

4.1. FASE1. ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA EL ESTUDIO DISCIPLINAR Y LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE LA ENFERMERÍA ACTUAL

Henderson se centra en una concepción de la persona desde una perspectiva humanístico-existencial.

El modelo de intervención que propone Virginia Henderson presenta una concepción del individuo como un “todo”, es decir, como un ser total que no puede ser reducido a la suma de sus partes, y que es capaz de modificar su comportamiento a partir de la interacción con el entorno (Jiménez et al., 2004).

Virginia Henderson, en su libro *“La naturaleza de la Enfermería”*, publicado en 1966, ofrece una visión clara y concisa de la función de enfermería, otorgando a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades definidas en su modelo, pero no cita directamente los cuatro conceptos del paradigma enfermero, por lo que éstos han sido actualizados a partir de la recolección, selección y análisis de publicaciones referentes a su modelo.

4.1.1. PROPUESTAS A LAS ASUNCIONES CIENTÍFICAS O POSTULADOS

PROPUESTA AL CONCEPTO DE PERSONA

Henderson pensaba en la persona como paciente, es decir, en el individuo que necesitaba asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila. Aseguraba que el cuerpo y la mente de una persona no se podían separar y era importante mantener el equilibrio fisiológico y emocional, lo que induce a pensar que todavía este concepto de persona está orientado hacia la enfermedad, puesto que identifica a la persona como dependiente. Debe, además, señalarse que Henderson prestó particular importancia a la ayuda que requiere la persona para conseguir la independencia.

Se entiende a la persona como un ser vivo, esto es, un objeto físico independiente, separable de otro y distinguible, con propiedades biológicas que conforman un sistema abierto, único e irrepetible en permanente transformación y unido inseparablemente al medio, con el cual mantiene un proceso continuo y simultáneo de interacción recíproca (López, 2009).

El concepto de persona se concibe constituido por tres aspectos fundamentales (Fernández, Garrido, Santo Tomás y Serrano, 2000; Bermejo, 2004; Madrid, 2005; Camps et al., 2005; Gloskey et al., 2006; López, 2009): como un ser necesitado de ayuda, como un ser dinámico y activo que busca su autorrealización y como un ser holístico, considerado como un sistema abierto y compuesto de dimensiones con características biológicas, cognitivas, sociales, afectivas y espirituales que conforman su personalidad y la forma en que se desarrolla en la vida diaria. Cada una de las cinco dimensiones se encuentra en relación permanente y simultánea con las otras, formando un todo en el cual ninguna de ellas se puede reducir o subordinar a otra, ni puede ser contemplada de forma aislada. Un cambio en cualquiera de éstas afecta al resto.

La persona así entendida desarrolla su vida en un contexto concreto donde se dan las diversas situaciones en las que ésta participa. Las cinco dimensiones identificadas resultan de la interacción dinámica contexto-persona-situación que genera necesidades –induce cambios en la persona– y condiciona los medios y los recursos para abordarlas. Debido a todo ello, cada persona es única e irrepetible, y muestra formas particulares de funcionar, pensar, actuar y sentir.

Intentando ser fieles a la idea de Virginia Henderson sobre su concepción de la persona y basándonos en la recopilación de la documentación realizada sobre dicho concepto, se propone el patrón de persona en el que debe apoyarse el profesional de enfermería para interactuar: un ser necesitado de ayuda ante el que los profesionales de enfermería han de estar atentos a las necesidades expresadas por éste, antes que priorizar en qué orden debe responder el paciente a las necesidades sentidas por el profesional, según un modelo de relación que fragmenta a la persona sin atender que detrás de cada problema o patología está la totalidad de un sujeto. De ahí, la importancia en el proceso de relación de ayuda

en enfermería de entender a la persona como un todo integral, como un ser pluridimensional y plurirrelacional, en definitiva, acompañar a la persona desde la consideración holística que propone el modelo de ayuda centrado en la persona y no en la enfermedad. Coincidimos con Cánovas (2008) en que considerar a la persona en su totalidad y ser conscientes de cómo están afectadas todas las dimensiones del ser humano, proporcionándole una oportunidad para que tome conciencia de sus necesidades y su riqueza expresiva como persona, puede ayudar a los profesionales de enfermería a realizar un proceso de acompañamiento que sea realmente eficaz.

PROPUESTA AL CONCEPTO DE SALUD

Henderson no dio una definición propia de salud. Para ella, la salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano y su fomento es más importante que el cuidado de la enfermedad. La interpretó como la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado enfermero (necesidades humanas básicas) (Suárez y Pérez, 2007).

En la actualidad, no existe un concepto válido y universal para la salud, una definición que exprese la esencia de la misma, que resuma y explique sus mecanismos internos, que delimite su inicio y fin y que determine sus componentes. Existen numerosas definiciones de salud que hacen referencia a cómo debe ser cuidada, a las consecuencias que genera en la persona y en los grupos o los problemas que aparecen con su pérdida en términos de funcionalidad orgánica o social, etc., en términos que pueden parecer más o menos correctos y útiles, pero no definitivos y válidos para todos (Vera, 2009).

La salud se entiende como un estado dinámico y subjetivo por el que circulan las personas a lo largo de su vida. Es una sensación de bienestar formada por sus experiencias, valores y expectativas. Está influenciada por la edad, la cultura y la sociedad en la que viven (Pender, Murdaugh y Parsons, 2011). Se habla de estar sanos cuando uno es y se siente capaz de poder hacer las actividades (físicas, mentales, laborales, sociales, etc.) que de forma habitual conforman la existencia; teniendo siempre presente que tener una enfermedad

objetivada no identifica como enfermos (Pulido y Vallespín, 2007). Para la mayoría de las personas lo que define la salud, más que los estados patológicos, son las condiciones de vida. Éstas pueden tener efectos positivos o negativos sobre la salud; pueden incluir variables socioeconómicas como el ambiente, la dieta y las prácticas o las elecciones del estilo de vida, así como muchas otras variables fisiológicas y psicológicas.

Estar sano significa estar en sincronía, física y mentalmente, con uno mismo y con el mundo que nos rodea. Algunos autores proponen seis dimensiones del estar sano (Berman, Snyder, Kozier y Erb, 2008; Gavidia y Talavera, 2012; Potter, Griffin, Stockert y Hall, 2014):

1. Dimensión física. La persona se ve estimulada a practicar actividad física regular, utiliza los alimentos conociendo la nutrición, usa de forma apropiada el sistema sanitario...
2. Dimensión emocional. La persona se siente positiva consigo misma y entusiasta por la vida. Acepta sus sentimientos, se enfrenta con habilidad al estrés, mantiene relaciones satisfactorias con otros, etc.
3. Dimensión social. La persona comprende sus relaciones de interdependencia con los seres humanos de su entorno y con su medio ambiente.
4. Dimensión intelectual. La persona emprende actividades mentales estimulantes y creativas para desarrollar el conocimiento de sí misma y del mundo que la rodea.
5. Dimensión laboral. La persona se enfoca hacia la preparación para una vida productiva.
6. Dimensión espiritual. La persona está inclinada a buscar significado a la experiencia humana.

Siguiendo la interpretación de Henderson sobre la salud y desde un enfoque operacional para la enfermería, se podría definir la salud, como un estado dinámico y subjetivo en que la persona no tiene necesidades que cubrir, ni tampoco deterioros reales o potenciales respecto de sus dimensiones biofisiológica, psicológica, sociocultural y espiritual.

PROPUESTA AL CONCEPTO DE ENTORNO

El término entorno forma parte de todas las teorías y modelos enfermeros. En concreto existen teorías en las que se ha realizado verdadero énfasis en su importancia.

Henderson no dio una definición propia de entorno, pero aseveró que las personas que están sanas pueden controlar su entorno y que la enfermedad puede interferir en dicha capacidad. Para esta autora, las enfermeras deben conocer las costumbres sociales, familiares y las prácticas religiosas de las personas para valorar los riesgos y reducir al mínimo la posibilidad de accidentes, lesiones, etc. Lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados.

Al igual que ocurre con el resto de los elementos del metaparadigma, la visión enfermera sobre el entorno condicionará la forma de la prestación del cuidado, ya que no es igual considerar el entorno en sí mismo que considerar la pluridimensionalidad que puede derivar de él, es decir, ver este entorno como la vivencia o experiencia de salud del paciente integrándolo más en un aspecto contextual, histórico y situacional que considerarlo como mero espacio físico aunque éste también forme parte de ese entorno (Santos et al., 2010).

Tomando como base las ideas de Henderson sobre este concepto, se puede entender por entorno el conjunto de factores y circunstancias físicas, ambientales y sociales que están presentes durante la existencia de la persona, que influyen en su desarrollo humano y que, a través de su capacidad de adaptación y de sus mecanismos de afrontamiento, pueden ser modificados y adaptados por ésta para que le sea más beneficioso, mejorando así las condiciones para su vida.

Uno de los elementos con mayor influencia sobre los restantes componentes del entramado social es la familia. Su papel en el proceso de socialización de los individuos, en la transmisión de valores, conocimientos y creencias es decisivo. La familia ha de valorarse como un contexto educativo que ejerce gran influencia sobre el desarrollo y el comportamiento de los sujetos, ya

que, además de garantizar la supervivencia física del individuo, le posibilita la realización de los aprendizajes básicos necesarios para desenvolverse en la sociedad de manera autónoma. Así, se deduce que los profesionales de la salud tienen en cada familia, si se lo permiten, valiosísimos agentes de salud potenciales (Espinar y Delgado, 2009).

Dentro del ámbito de la atención, la enfermera ha de crear un entorno tranquilo, agradable y aportar seguridad y confianza en su actuación. Existen trabajos en la práctica que, a través de la implantación de protocolos de actuación, inciden en el impacto emocional que generan al paciente y a su familia los entornos hostiles hospitalarios (Candelas, Sandonís, Álvarez, Barrenetxea, Cabezudo y Aguado, 2003) y su importancia en el cuidado de la persona (Frutos, Iglesia, Frutos J y Calle, 2007; Blanco, Zapico, Juanol y Aguas, 2003). Cuanto más confortable es el entorno, mejor tolera el paciente la experiencia global (McCutcheon, 2004).

Sin embargo, el tema del entorno, por la bibliografía consultada, no ha sido investigado ampliamente. Sobre todo cuando se acota el tema a la perspectiva de los profesionales enfermeros; a este respecto se halló sólo un artículo en el cual se hacía profundizar en relación al entorno a estudiantes de enfermería (Fargues, Serret y Guillaumet, 2006). De hecho, es un tema poco desarrollado en la taxonomía de diagnósticos enfermeros (NANDA, 2010).

PROPUESTAS AL CONCEPTO DE ROL PROFESIONAL

Para Henderson la enfermería es un servicio de ayuda. Afirmó (Henderson, 1961):

La función única de una enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviese la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible (p. 6).

La necesidad 10 que propone esta autora, “ayudar al paciente a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos” (Henderson, 1961, p. 43), constituye la base esencial de la relación de ayuda (Núñez del Castillo, Siles y Jurado, 2008).

El término ayudar deriva del latín *adiutare* que significa “provocar alivio”, es decir, al ayudar a alguien lo que se intenta es hacer más llevadero su sufrimiento y aliviar las cargas que se lo producen. El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2012) define el término como: “prestar cooperación, auxiliar, socorrer, hacer un esfuerzo, poner los medios para el logro de algo, valerse de la cooperación o ayuda de alguien”.

La relación de ayuda es un fenómeno muy frecuente en la vida ordinaria y en los ámbitos más diversos. Es un encuentro entre dos personas, en la cual, una de ellas pide ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar, y la otra quiere ayudarle, dentro de un marco interpersonal adecuado (Madrid, 2005).

La ciencia enfermera es una ciencia guiada por la práctica y por las nuevas necesidades de cuidados, siendo una de ellas establecer un mayor cuidado del paciente basado en una relación terapéutica (Warelow, 2008). El profesional de enfermería es el centro de referencia de esa relación y al que, sin lugar a dudas, el paciente se dirige en primera instancia cuando acontece algo para él o le preocupa algo y necesita hablarlo (Vidal, Adamuz y Feliu, 2009).

Cánovas (2008) interpreta la relación de ayuda en enfermería como el intercambio personal y humano que tiene lugar cuando el profesional de enfermería interacciona con la persona que sufre (paciente o familia), y éste pone a su disposición el conjunto de actitudes internas y habilidades en las que se fundamenta el conocimiento de la competencia relacional de su disciplina, con el fin de que el paciente y la familia sean capaces de explorar y comprender mejor su problema y de utilizar sus recursos internos para hacerle frente, y todo en el marco de unos cuidados humanos y humanizadores, que conciben a la persona como un

ser holístico y que permiten al profesional responder mejor a las necesidades globales de ésta.

En el quehacer diario del profesional de enfermería todo se mide cuantitativamente y no hay tiempo más allá del que se ocupa de atender las necesidades fisiológicas del paciente, y que absorbidos por los diferentes procedimientos y técnicas a realizar, ya que es lo que se exige y evalúa a los profesionales, éstos dejan en segundo plano los aspectos psíquicos, humanos y espirituales. Ahora bien, aunque las técnicas humanas que puedan darse en el proceso de relación de ayuda en enfermería puedan parecer a priori invisibles y no cuantificables, no por ello carecen de eficacia en la excelencia de los cuidados que los profesionales prestan a las personas que cuidan. La relación es sin duda imprescindible y necesaria, dado que aparece como el instrumento o medio utilizado en el proceso interactivo entre enfermera y paciente con el objetivo de administrar cuidados de calidad.

Se propone, por tanto, considerar el rol del profesional de enfermería en esa función única de atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte) dada por Henderson, como un instrumento terapéutico que concibe a la persona como un ser holístico con el que interacciona en el ejercicio de su profesión, a través de la aplicación de un conjunto de actitudes internas y habilidades sociales sólidas tales como el autoconocimiento, el respeto, la observación, la asertividad, la empatía y la escucha activa, fundamentales para conseguir el bienestar de éste.

4.1.2. EL CONCEPTO DE NECESIDAD. PROPUESTAS PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

Las necesidades humanas constituyen todo aquello que es indispensable para prolongar y desarrollar la vida. Si se carece de determinados elementos indispensables en la misma, se reclama la satisfacción de sus necesidades y aunque todos los seres humanos tienen necesidades comunes, éstas se satisfacen mediante sistemas de vida muy variados (Suárez y Pérez, 2007).

Para Joaquín Sempere (2007), las necesidades humanas no se reducen a las biológicas. Los seres humanos son esencialmente sociales, buscan reconocimiento y pertenencia a una comunidad. Estas necesidades se denominan psicosociales.

En la obra de Virginia Henderson no aparece una definición exacta de necesidad, aunque señala las 14 necesidades humanas básicas en los pacientes que requieren cuidados y las mismas abarcan todos los componentes de la asistencia enfermera. Parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben ser satisfechas por cada persona cuando está sana y tiene los suficientes conocimientos para ello, la fuerza y la voluntad para cubrirlas.

Para Henderson cada necesidad es un todo compuesto por dimensiones biológicas, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales de la persona, y las 14 necesidades se interrelacionan entre sí de tal manera que configuran una unidad, por lo que considerar cualquiera de ellas haciendo abstracción de las otras constituye la negación de la totalidad de la persona. La satisfacción del conjunto de necesidades permite a la persona conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en estado de equilibrio. Si una o varias necesidades permanecen en un estado de insatisfacción permanente (p. ej., debido a un problema de salud), las demás necesidades pueden sufrir repercusiones.

Se entiende por necesidad, el requisito básico que cada individuo tiene que cubrir para dar respuesta a su integridad como persona. El concepto de necesidad tiene una doble vertiente, doble vertiente que se sitúa en el enfoque de lo común para todas las personas y en lo específico que cada persona requiere en función de su individualidad.

Las necesidades humanas se experimentan en varias fases o etapas (Elizalde, Martí y Martínez, 2006): (a) La primera de ellas es la sensación o percepción de que algo falta; (b) surge así, entonces, el deseo que es la búsqueda de la solución a esa falta; (c) esto implica un esfuerzo físico, es decir, el trabajo realizado para satisfacer la necesidad percibida y deseada; y (d) finalmente, se realiza la satisfacción que es la solución de la necesidad.

Se ha creído, tradicionalmente, que las necesidades humanas tienden a ser infinitas, que están constantemente cambiando, que varían de una cultura a otra y que son diferentes en cada periodo histórico. Parece que tales suposiciones son incorrectas, ya que se comete el error, en la literatura y en el análisis acerca de las necesidades humanas, de no explicar la diferencia fundamental entre lo que son propiamente necesidades y lo que son satisfactores de esas necesidades. Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables, son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia, a través del tiempo y las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades (Max-Neef, Elizalde y Hopenhayn, 2010).

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Por ello, las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en el que las mismas se interrelacionan e interactúan. Simultaneidades, complementariedades y compensaciones son características de la dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades.

No existe correspondencia biunívoca entre necesidades y satisfactores. Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades o, a la inversa, una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha. Ni siquiera estas relaciones son fijas. Pueden variar según el tiempo, el lugar y las circunstancias.

Para Maslow (2000), la necesidad básica o instintiva tiene las siguientes características:

- Su insatisfacción provoca la enfermedad.
- Su satisfacción previene la enfermedad.
- Su satisfacción, consecutiva a la privación, cuida la enfermedad.
- En determinadas situaciones de libre elección la persona prefiere satisfacer esa necesidad, privándose de otras cosas.
- En la persona sana no se manifiesta o se manifiesta muy discretamente.

El conjunto de las necesidades humanas es extenso y las opiniones en cuanto a la forma de reagruparlas y su importancia es muy amplia. Existen varios

tipos de necesidades, *necesidades deficitarias o inferiores*, estas son: necesidades fisiológicas; necesidad de seguridad; de amor y de pertenencia; y de estima; si se produce una distorsión en ellas se pueden generar problemas psicológicos y/o fisiológicos y *necesidades de desarrollo o superiores* que se orientan hacia el logro de la autorrealización, las cuales no son tan poderosas como las necesidades fisiológicas; éstas pueden dañarse o perder su orientación más fácilmente que las necesidades primarias y requieren de un gran apoyo de las influencias exteriores.

Debe destacarse con respecto a las 14 necesidades enunciadas por Henderson que tienen gran similitud con las descritas por Maslow y modificadas por Kalish, como se expuso en el capítulo 2: las 7 primeras necesidades de esta autora se relacionan con las fisiológicas de supervivencia y estimulación que aparecen en la escala de Maslow, las necesidades 8 y 9 están relacionadas con la protección y la seguridad, la número 10 con la autoestima, la 11 con el amor y la pertenencia y desde el número 12 a la 14 con la necesidad de autorrealización.

Algunos autores, como Boltvinik (2007), indican que los conceptos sobre la “autorrealización” resultan algo vagos en el sentido de que la operatividad de esta teoría es complicada, dado que no hay ninguna prueba de que cada persona tenga la capacidad de convertirse en un ser “autorrealizado”. Otra de las críticas que recibe la teoría de Maslow gira en torno al hecho de que pueden encontrarse personas que exhiben aspectos propios de autorrealización y que han estado lejos de haber tenido sus necesidades básicas cubiertas, como puede ser el caso de V. Frankl, que fue creativo y se desarrolló estando en un campo de concentración o Van Gogh.

No obstante, la teoría de Maslow ha sido vista como una mejora en las teorías previas sobre la personalidad y la motivación, y parece adecuada para el estudio y la comprensión de la relación de ayuda en el marco de la profesión enfermera. Del mismo modo, su pensamiento ha servido de modelo para la construcción de Teorías de Enfermería, entre ellas la de Virginia Henderson.

Para la identificación de las necesidades que configuran el modelo de Henderson han sido abundantes las publicaciones (Estrada, Cruz, Nol,

Rivadeneira y Soloiro, 1996; Martínez y Fortaleza, 2002; Martínez, Cañadas, Rodríguez y Tonel, 2003; Fernández, Gómez, Gabaldón, Domingo, Torres y Terrés, 2003; Sales y Sansó, 2004; García, Francisco del Rey, Palazuelos y Bustos, 2004; De Pedro y Zaforteza, 2005; Reyes, Jara y Merino, 2007) que estudian, desde distintos prismas, las dificultades de la enfermera en la valoración de las 14 necesidades básicas. Hay que tener en cuenta que esta autora no definió lo que cada necesidad propuesta implicaba respecto de sus contenidos de estudio. Por considerarlo necesario para la comprensión de las mismas, se justifican, a continuación, los determinantes, que a nuestro juicio y a través de la bibliografía consultada (Ledesma, 2004; Potter, 2007; Berman et al., 2008; Rosales, 2008; Reyes, 2009; Sorrentino, Remmert y Gorek, 2012; Potter et al., 2014), deben formar parte de cada una de las necesidades para la formación y la práctica de la enfermería basada en este modelo.

NECESIDAD 1. RESPIRAR NORMALMENTE

Justificación:

La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. Es por ello, que el profesional de enfermería deberá averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones a desarrollar para satisfacer esta necesidad básica (Cárdenas, Ibáñez y Alba, 2010, p. 35).

Es muy importante que la enfermera sepa observar debidamente el desarrollo de la función respiratoria... Hay que dar a conocer a los pacientes las posiciones que, al estar de pie, sentados o acostados favorecen más la expansión torácica y el uso de los músculos de la respiración... Las enfermeras deben vigilar cualquier signo de obstrucción de las vías respiratorias y estar preparadas, en determinadas circunstancias, a insertar tubos respiratorios y a utilizar drenajes de succión y posturales... Las enfermeras han de saber practicar la respiración artificial y manejar los respiradores... (Henderson, 1961, pp. 21-22).

Además de proponer como contenidos de estudio los referentes a la función respiratoria, se proponen los referentes al sistema cardiovascular, ya que a través de dicho sistema se proporciona oxígeno a todo el organismo y, al mismo tiempo, se liberan los productos de desecho.

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|---|--|
| 1. Conceptos de respiración y oxigenación. | – Dimensión biofisiológica. |
| 2. Aspectos anatomofisiológicos. | – Dimensión psicológica. |
| 3. Ventilación. | – Dimensión sociocultural. |
| 4. Difusión y perfusión alveolares. | – Dimensión espiritual. |
| 5. Transporte de los gases respiratorios. | 8. Alteraciones de la función cardíaca. |
| 6. Control de la ventilación. | 9. Alteraciones de la función respiratoria. |
| 7. Factores que influyen en la respiración: | 10. Proceso de Enfermería y necesidad de respirar. |

NECESIDAD 2. COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA

Justificación:

La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo. La manera de satisfacer esta necesidad es muy variable según las culturas, las formas de vida, etc., e incluso puede variar, en una misma persona, por causas físicas, psicológicas o sociales, o sencillamente por la edad, pero lo que es incuestionable es su necesidad para la vida y por ello es imprescindible su correcto conocimiento por las enfermeras (Ibáñez, García y Fernández, 2010, p. 41).

... incluso en los hospitales, en donde hay médicos y dietistas, es la enfermera quien está en contacto con el paciente las 24 horas del día y quien puede mejor alentarle para que coma o beba... Las enfermeras han de estar preparadas para aconsejar sobre los niveles de talla y peso; sobre los requerimientos nutricionales y sobre la selección y preparación de las comidas... Para rendir un servicio eficaz, la enfermera debe conocer los hábitos alimentarios, los gustos y los tabú. Al mismo tiempo ha de poseer ciertos conocimientos intuitivos o adquiridos sobre los aspectos psicológicos de la alimentación y comprender lo que esta función significa para el desarrollo... Puesto que la enfermera permanece con el paciente más que ningún otro miembro del personal, se encuentra en la mejor posición para saber qué es lo que el paciente quiere comer y beber, para sacar el mejor provecho de sus hábitos alimentarios sanos y para disuadirle de los que no son buenos para la salud...

Las personas muy enfermas o lisiadas no pueden alimentarse ellas mismas. En estos casos, la enfermera debe administrarles los alimentos o hacer los arreglos necesarios para que los familiares o personas voluntarias se encarguen de esta función (Henderson, 1961, pp. 23-25).

Además de los contenidos de estudio referentes a la alimentación e ingesta de líquidos, se proponen los referentes a la nutrición y a los fluidos y electrolitos corporales.

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|---|--|
| 1. Conceptos de nutrición y alimentación. | 10. Composición de los líquidos corporales. |
| 2. Aspectos anatomofisiológicos. | 11. Desplazamiento de los líquidos corporales. |
| 3. Funciones de los nutrientes. | 12. Regulación de los líquidos corporales. |
| 4. Concepto de metabolismo. | 13. Factores que afectan al equilibrio hidroelectrolítico. |
| 5. Clasificación de los nutrientes. | 14. Factores que influyen en las necesidades de líquidos y electrolitos: |
| 6. Factores que influyen en las necesidades calóricas. | – Dimensión biofisiológica. |
| – Dimensión biofisiológica. | – Dimensión psicológica. |
| – Dimensión psicológica. | – Dimensión sociocultural. |
| – Dimensión sociocultural. | – Dimensión espiritual. |
| – Dimensión espiritual. | 15. Proceso de Enfermería y necesidad de líquidos y electrolitos. |
| 9. Proceso de Enfermería y necesidad de alimentarse-nutrirse adecuadamente. | |

NECESIDAD 3. ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Justificación:

El organismo, para su correcto funcionamiento, precisa eliminar los desechos que genera resultantes del metabolismo. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel (sudor, transpiración), respiración pulmonar y la menstruación (Alba, Ríos y López, 2010, p. 57). Su conocimiento, por parte del profesional de enfermería, le permitirá

determinar si los comportamientos y conductas de la persona, con objeto de satisfacer esta necesidad, son adecuados o no.

La enfermera debe conocer los límites normales de la eliminación urinaria y fecal. Es importante que la enfermera sepa juzgar la función de eliminación por el aspecto de las heces. Igualmente, las enfermeras han de saber determinar por el olor o aspecto de las excreciones, si éstas son manifiestamente anormales, para que, en tal caso, el médico tenga oportunidad de inspeccionarlas... (Henderson, 1961, pp. 27-29).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|--|--|
| 1. Concepto de eliminación intestinal. | 8. Proceso de Enfermería y necesidad de eliminación intestinal. |
| 2. Preliminares anatomofisiológicos. | 9. Concepto de eliminación urinaria. |
| 3. Defecación. | 10. Preliminares anatomofisiológicos. |
| 4. Características de las heces. | 11. Micción. |
| 5. Factores que afectan a la defecación: | 12. Características de la orina. |
| – Dimensión biofisiológica. | 13. Factores que influyen en la micción: |
| – Dimensión psicológica. | – Dimensión biofisiológica. |
| – Dimensión sociocultural. | – Dimensión psicológica. |
| – Dimensión espiritual. | – Dimensión sociocultural. |
| 6. Problemas comunes en la eliminación intestinal. | – Dimensión espiritual. |
| 7. Derivaciones intestinales. | 14. Alteraciones en la producción de orina. |
| | 15. Proceso de Enfermería y necesidad de eliminación intestinal. |

NECESIDAD 4. MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Justificación:

La satisfacción de esta necesidad está condicionada no sólo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales (edad, crecimiento, constitución, emociones, personalidad, cultura, rol social, etc.) (García, Garrido y Bellido, 2010, p. 73). La adquisición de conocimientos sobre la misma, por parte de las enfermeras, es fundamental ya que representa un requisito

indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

La enfermera debe conocer los principios del equilibrio, alineación y apoyo. Debe saber colocar al organismo humano bien alineado y prestarle el apoyo necesario en todas las posiciones, lateral, supina y prona, así como cuando el paciente está sentado o incorporado en la cama. Igualmente ha de saber prestar apoyo al enfermo sentado en una silla y cambiarlo de posición, puesto que ahora algunos médicos prescriben reposo en una silla a pacientes graves que en otros tiempos habrían guardado cama... La enfermera tiene la obligación de vigilar que el paciente no permanezca en la misma posición durante un tiempo demasiado prolongado (Henderson, 1961, pp. 29-30).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|---|--|
| 1. Mecánica corporal. | — Sistema musculoesquelético. |
| 2. Regulación del movimiento: | — Sistema cardiovascular. |
| — Sistema esquelético. | — Sistema respiratorio. |
| — Sistema nervioso. | — Sistema metabólico. |
| 3. Factores que afectan a la alineación y movilidad corporal: | — Sistema gastrointestinal. |
| — Dimensión biofisiológica. | — Sistema tegumentario. |
| — Dimensión psicológica. | — Sistema psiconeurológico. |
| — Dimensión sociocultural. | 5. Efectos fisiológicos del ejercicio sobre los principales sistemas corporales. |
| — Dimensión espiritual. | 6. Proceso de Enfermería y necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas. |
| 4. Efectos de la inmovilidad sobre los sistemas corporales: | |

NECESIDAD 5. DORMIR Y DESCANSAR

Justificación:

Se incluirán en esta necesidad el estudio de la comodidad, el reposo y sueño y la evitación del dolor. La comodidad y el reposo porque son dos conceptos centrales en el arte de la enfermería, ya que a través de ellos se proporciona bienestar al paciente. El sueño porque se considera el descanso por

excelencia y es una necesidad fisiológica básica, fundamental para el bienestar físico y emocional (Agramonte, Valdés y Rodríguez, 2010). La evitación del dolor porque se considera que el dolor provoca un cuadro clínico que afecta, en gran medida, a la comodidad, al reposo y al sueño y su alivio siempre debe tener prioridad en las actuaciones de enfermería.

Puesto que el descanso y el sueño dependen en parte de la relajación muscular, la enfermera que conoce bien la mecánica del organismo, está en condiciones de ayudar al paciente en el reposo y en el sueño... El sueño es uno de los misterios de la vida. El individuo común no se da cuenta de lo que es el sueño hasta que se ve privado del mismo por el dolor, la infelicidad – con la tensión que la acompaña – o por la necesidad de permanecer despierto... Todo lo que contribuye a hacer más agradable el transcurso del día para una persona, todo lo que aumenta su sensación de bienestar, todo lo que contribuye a que el paciente sienta que ha aprovechado el día, aumenta las posibilidades de sueño natural... El masaje es soporífero como lo son los sonidos rítmicos y suaves y los movimientos de balanceo... La presencia de la enfermera en la habitación a la hora de dormir y alguna frase atenta y alentadora contribuyen considerablemente a vencer la ansiedad que se produce después que los visitantes se retiran y el paciente se queda solo con sus preocupaciones (Henderson, 1961, pp. 31-32).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|--|--|
| 1. Concepto de descanso. | 10. Alteraciones del sueño. |
| 2. Concepto de sueño. | 11. Proceso de Enfermería y necesidad de |
| 3. Concepto de comodidad. | comodidad, reposo y sueño. |
| 4. Situaciones que favorecen un descanso | 12. Concepto de dolor. |
| adecuado. | 13. Fisiología del dolor. |
| 5. Regulación del sueño. | 14. Dolor agudo y dolor crónico. |
| 6. Fases del sueño. | 15. Factores que influyen en el dolor: |
| 7. Ciclo de sueño. | — Dimensión biofisiológica. |
| 8. Funciones del sueño. | — Dimensión psicológica. |
| 9. Factores que afectan a la comodidad, el | — Dimensión sociocultural. |
| reposo y el sueño: | — Dimensión espiritual. |
| — Dimensión biofisiológica. | 16. Tipos de estímulos dolorosos y fuentes |
| — Dimensión psicológica. | físicas de dolor. |
| — Dimensión sociocultural. | 17. Clasificación del dolor según su intensidad. |
| — Dimensión espiritual. | 18. Proceso de Enfermería y necesidad de |
| | evitar el dolor. |

NECESIDAD 6. ELEGIR ROPA ADECUADA; VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Justificación:

La satisfacción de esta necesidad, por parte del cliente, implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa (Ríos, Rodríguez y Cárdenas, 2010, p. 93). La adquisición de conocimientos sobre la misma permitirá al profesional de enfermería averiguar los gustos y preferencias así como el significado de la ropa para el cliente, enseñar qué tipo de ropa se debe utilizar según clima, actividad, etc. y ayudar al paciente, cuando sea necesario.

... los cuidados básicos de enfermería comprenden la función de ayudar al paciente a seleccionar debidamente las ropas y ayudarle también a que haga el mejor uso posible de las mismas. En el caso de niños de corta edad, personas inválidas, inconscientes o incapacitadas, la enfermera se ve obligada a seleccionar las ropas y a vigilar su conservación... Las enfermeras pueden contribuir a que no se invada innecesariamente la libertad del paciente en lo que respecta a la indumentaria; asimismo, pueden reducir a un mínimo el tiempo en que el paciente se ve privado de ropa o en que ha de utilizar prendas que le son desagradables... En cuanto al enfermo y al inválido, la enfermera debe proporcionales la fuerza física que necesitan al vestirse y desnudarse. Enseñar a una persona a recobrar su independencia en esta actividad diaria es parte de su rehabilitación, y, si se trata de un niño, es parte de su adiestramiento social (Henderson, 1961, pp. 33-34).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|--|--|
| 1. Importancia del vestir. | 4. Cuidados básicos: |
| 2. Elección de ropa adecuada. | – Asistencia al paciente para vestirse y desvestirse. |
| 3. Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad: | – Manejo de la ropa y del calzado del paciente. |
| – Dimensión biofisiológica. | – Accesorios. |
| – Dimensión psicológica. | 5. Proceso de Enfermería y necesidad de escoger ropa adecuada. |
| – Dimensión sociocultural. | |
| – Dimensión espiritual. | |

NECESIDAD 7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

Justificación:

Se persigue promover la salud a través de actividades que permitan mantener la temperatura en cifras normales, actuar ante las alteraciones de temperatura corporal relacionadas con enfermedades y prevenir complicaciones derivadas de éstas (López, Alba e Ibáñez, 2010, p. 97).

... entre los cuidados básicos de enfermería figura el de mantener la temperatura del paciente – medida con el termómetro – dentro de los límites normales, siempre que esto sea posible. Pero, en todo caso, la enfermera ha de tratar de mantener las condiciones ambientales dentro de los márgenes de la comodidad... La selección de ropas adecuadas no puede ser considerada separadamente de este problema, ni tampoco es su única solución... Las enfermeras deben conocer los principios fisiológicos de la producción y pérdida de calor y saber promover cualquiera de estos procesos mediante la alteración de la temperatura, la humedad o el movimiento del aire; o bien advirtiéndolo al paciente de que aumente o disminuya su actividad, que cambie la ingestión de nutrientes o que varíe las ropas que cubre su cuerpo. La enfermera ha de estar también en condiciones de aconsejar o de administrar baños apropiados, envolturas y otros medios para elevar o reducir la temperatura corporal (Henderson, 1961, pp. 34-35).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|---|---|
| 1. Concepto de temperatura corporal. | – Dimensión psicológica. |
| 2. Regulación de la temperatura corporal. | – Dimensión sociocultural. |
| 3. Mecanismos de pérdida de calor para mantener la temperatura corporal normal. | – Dimensión espiritual. |
| 4. Factores que influyen en la temperatura corporal: | 5. Alteraciones de la temperatura corporal. |
| – Dimensión biofisiológica. | 6. Proceso de Enfermería y necesidad de mantener la temperatura corporal. |

NECESIDAD 8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Justificación:

La adquisición de conocimientos sobre esta necesidad permitirá a las enfermeras desarrollar intervenciones encaminadas a ayudar y enseñar medidas higiénicas, cambios posturales, masajes, mantener la piel limpia y seca, y realizar ejercicios y curas.

Toda enfermera debe saber mantener aseado al paciente, cualquiera que sea la talla de éste, la posición en que haya de permanecer y su estado físico o emocional... Las enfermeras han de saber aconsejar acerca de la selección y empleo de cosméticos y depilatorios, u otras formas de eliminar pelos superfluos... El cuidado de la piel, las medidas de comodidad, el control de los olores y la prevención del enfriamiento son problemas en los que el paciente necesita ayuda cuando suda excesivamente. Estos casos, así como los de piel excesivamente seca, han de ser generalmente atendidos por la enfermera, aunque sea el médico quien prescriba el debido tratamiento... La prevención de úlceras de decúbito, en pacientes que guardan cama, da corrientemente idea de la calidad del servicio de enfermería que recibe el paciente, ya que puede conseguirse mediante la limpieza y frecuentes cambios de posición (Henderson, 1961, pp. 39-40).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|---|--|
| 1. Concepto de higiene. | — Dimensión sociocultural. |
| 2. Necesidades de higiene. | — Dimensión espiritual. |
| 3. Tipos de cuidados higiénicos. | 5. Estructuras de la piel. |
| 4. Factores que influyen en los hábitos higiénicos: | 6. Funciones de la piel. |
| — Dimensión biofisiológica. | 7. Proceso de Enfermería y necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. |
| — Dimensión psicológica. | |

NECESIDAD 9. EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTRAS PERSONAS

Justificación:

Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras (Bellido, López y Ríos, 2010, p. 111). Se propone, en esta necesidad, el estudio de la seguridad del entorno y el estudio de la prevención y control de las infecciones ya que éstos incluyen todos los numerosos factores físicos y psicosociales que influyen o afectan a la vida y la supervivencia de la persona además de los factores de riesgo individuales para su seguridad.

... forma también parte de la enfermería la ayuda al paciente para protegerlo contra traumatismos, como las caídas; contra los peligros materiales, como el fuego; contra los productos químicos tóxicos; contra los insectos y otros animales, y contra los microorganismos patógenos siempre presentes en el ambiente... Igualmente pueden exigir que todo objeto que entre en contacto con una herida sea esterilizado con vapor a presión o mediante la exposición prolongada a calor seco intenso o a radiaciones, excepto en circunstancias extraordinarias... Los servicios básicos de enfermería deben ofrecer a cada paciente una protección máxima. El lavado de las manos por parte de la enfermera, el uso de máscaras, batas y guantes, cuando sea indicado, y la provisión de equipo y suministros utilizables una sola vez, desinfectados o estériles, son aspectos de esta protección (Henderson, 1961, pp. 41-43).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|--|--|
| 1. Concepto de seguridad y entorno seguro. | 4. Riesgo en instituciones sanitaria. |
| 2. Riesgo específico para la seguridad. | 5. Proceso de Enfermería y necesidades de seguridad. |
| 3. Factores de riesgo individuales: | 6. Concepto de infección. |
| — Dimensión biofisiológica. | 7. Cadena de la infección. |
| — Dimensión psicológica. | 8. Etapas del proceso infeccioso. |
| — Dimensión sociocultural. | 9. Infecciones nosocomiales. |
| — Dimensión espiritual. | |

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 10. Factores de riesgo de infección: | 11. Defensas frente a la infección. |
| – Dimensión biofisiológica. | 12. Intervenciones de Enfermería para romper la cadena de infección. |
| – Dimensión psicológica. | 13. Proceso de Enfermería y necesidad de prevenir y controlar las infecciones. |
| – Dimensión sociocultural. | |
| – Dimensión espiritual. | |

NECESIDAD 10. COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, OPINIONES O TEMORES

Justificación:

Para la persona es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de la salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. Para ello, el conocimiento acerca del binomio soledad-interacción social, estado de los órganos de los sentidos, formas de expresión y formas de relación se hace indispensable (Millán, Bellido y Garrido, 2010, p. 133). Para comprender esta necesidad se propone, por un lado, el estudio del proceso sensorial por entender que la capacidad para comunicarse está asociada a dicho proceso y, de otro, el estudio de la sexualidad, ya que consideramos que ésta representa una de las formas de comunicación.

... no hay duda de que la enfermera es, en todo caso, una intérprete, y en la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar total del mismo... Si la enfermera acepta la función de intérprete-comunicante, aprovechará con agrado las oportunidades que se le presenten para estar con el paciente y conocer a las personas relacionadas con él, escucharlas y conversar con ellas... De todas formas, la enfermera tiene la obligación ineludible de ayudar al paciente a mantener y desarrollar adecuados medios de expresión de sus necesidades, intereses y deseos (Henderson, 1961, pp. 44-45).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|---|---|
| 1. Concepto de comunicación. | – Recepción sensorial. |
| 2. Elementos del proceso de comunicación. | – Percepción sensorial. |
| 3. Aspectos de la comunicación. | 11. Componentes de la expresión sensorial. |
| 4. Formas de comunicación. | 12. Factores que afectan a la función sensorial: |
| 5. Factores que influyen en el proceso de comunicación: | – Dimensión biofisiológica. |
| – Dimensión biofisiológica. | – Dimensión psicológica. |
| – Dimensión psicológica. | – Dimensión sociocultural. |
| – Dimensión sociocultural. | – Dimensión espiritual. |
| – Dimensión espiritual. | 13. Alteraciones sensoriales. |
| 6. Guías para la comunicación: | 14. Proceso de Enfermería y necesidad sensorial. |
| – El cliente enfadado. | 15. Aptitudes básicas para ayudar a los clientes en el área de la sexualidad. |
| – El cliente confundido. | 16. Factores que influyen en la sexualidad: |
| – El cliente ansioso. | – Dimensión biofisiológica. |
| 7. Barreras de comunicación. | – Dimensión psicológica. |
| 8. Comunicación y barreras en el lenguaje: | – Dimensión sociocultural. |
| – El cliente que habla otro idioma. | – Dimensión espiritual. |
| – El cliente con problemas de oído. | 17. Comportamiento sexual. |
| – El cliente con afasia. | 18. Otras formas de expresión sexual. |
| – El cliente de cultura diferente. | 19. Alteraciones de la función sexual. |
| 9. Proceso de Enfermería y necesidad de comunicación. | 20. Cambios en la motivación sexual. |
| 10. Concepto de proceso sensorial: | 21. Proceso de Enfermería y necesidad sexual. |

NECESIDAD 11. VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

Justificación:

Existen necesidades que aparentemente no son necesidades de primer orden, posiblemente por carecer de una vinculación con necesidades físicas para el mantenimiento de la vida, sin embargo, ayudan a que la persona mantenga una interrelación con su entorno, un equilibrio y un estado óptimo de salud. Esta necesidad persigue atender a los valores y creencias que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Puede entenderse así que la necesidad de vivir o

adoptar estilos de vida saludables según unos valores y creencias es más una necesidad psicológica o espiritual que fisiológica (Ramos, Cárdenas y Rodríguez, 2010, p. 153). Esta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a que ésta adquiere más importancia en momentos de enfermedad y podría constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar u adaptarse a su situación actual y futura. Además de los aspectos relacionados con los valores socioculturales de la persona, se deben incluir en esta necesidad, la espiritualidad y la pérdida, muerte y duelo. La espiritualidad por entender que es una forma de vivir una creencia y la pérdida, muerte y duelo porque se muestran de muchas formas según los valores, las creencias y las prioridades aprendidas dentro de la propia esfera de influencia de la persona, incluyendo la familia, los amigos, la sociedad y el entorno cultural.

Desde hace siglos una de las normas de la ética profesional médica ha consistido en atender al paciente cualquiera que sea su raza, creencia o color... En sus funciones profesionales, ni el médico ni la enfermera tratan de inculcar sus ideas y creencias a los pacientes... El respeto a las necesidades espirituales del paciente y la ayuda para satisfacerlas forman parte de los cuidados básicos de enfermería, en toda clase de circunstancias... Cuanto mayor sea la formación espiritual de la enfermera y su tolerancia para todos los credos, mejor servicio prestará a los pacientes (Henderson, 1961, pp. 45-47).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|---|---|
| 1. Conceptos relacionados con la cultura: | 5. Cultura y asistencia sanitaria. |
| – Concepto de cultura. | 6. Enfermería transcultural. |
| – Concepto de diversidad. | 7. Cuidados enfermeros culturalmente diferentes: |
| – Concepto de etnia. | – Comunicación. |
| – Concepto de raza. | – Espacio. |
| 2. Características culturales. | – Organización social. |
| 3. Componentes de la cultura. | – Tiempo. |
| 4. Factores relacionados con la cultura: | – Control del entorno. |
| – Dimensión biofisiológica. | – Variaciones biológicas. |
| – Dimensión psicológica. | 8. Conceptos de espiritualidad, fe, religión y esperanza. |
| – Dimensión sociocultural. | |
| – Dimensión espiritual. | |

- | | |
|---|--|
| 9. Factores relacionados: | 14. Concepto de duelo y aflicción. |
| – Dimensión biofisiológica. | 15. Etapas del duelo. |
| – Dimensión psicológica. | 16. Tipos de duelo. |
| – Dimensión sociocultural. | 17. Factores que influyen en la reacción ante una pérdida: |
| – Dimensión espiritual. | – Dimensión biofisiológica. |
| 10. Religión, enfermedad y cuidados sanitarios. | – Dimensión psicológica. |
| 11. Proceso de Enfermería y necesidades espirituales. | – Dimensión sociocultural. |
| 12. Concepto de pérdida. | – Dimensión espiritual. |
| 13. Tipos y fuentes de pérdida. | 18. Proceso de Enfermería en la pérdida, muerte y duelo. |

**NECESIDAD 12. OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR
TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL**

Justificación:

La satisfacción de esta necesidad está estrechamente ligada con el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con los valores e intereses de la persona. Para ayudar a la persona a satisfacerla, la enfermera debe conocer los patrones de conductas, capacidades, actividades, respuestas positivas y negativas, esfuerzos cognitivos y conductuales y tareas adaptativas de ella. Se incluirán en esta necesidad, el estudio del propio YO y la familia. El propio YO porque se entiende que la realización personal necesita desarrollar una autovaloración y autoestima positivas que permita a la persona llevar a buen término su proyecto de vida; la familia, porque, como entramado de relaciones personales, se considera que contribuye a la escala personal de valores y está íntimamente ligada con la construcción de la autoestima.

... la enfermera debe estar alerta para captar las señales de interés en cualquier actividad, por parte del paciente, y si posee los suficientes conocimientos, experiencia y habilidad, le ofrecerá oportunidades a éste para que despliegue alguna actividad que le dé la sensación de ser útil... Es bien sabido que la separación de los familiares y el temor al quebranto que esto pueda determinar en las relaciones son la causa de muchos de los sufrimientos que acompañan a las enfermedades... (Henderson, 1961, pp. 48-49).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|--|--|
| 1. Conceptos del propio yo, imagen corporal, autoestima, rol e identidad. | 7. Efectos de la atención sanitaria sobre personas que sufren una alteración del concepto del propio yo. |
| 2. Concepto del propio yo y salud. | 8. Proceso de Enfermería y concepto del propio yo. |
| 3. Desarrollo del concepto del propio yo. | 9. Concepto de familia. |
| 4. Integrantes del concepto del propio yo: | 10. Formas de familia. |
| – Imagen corporal. | 11. Estructura y función de la familia. |
| – Autoestima. | 12. Factores relacionados con la familia: |
| – Rol. | – Dimensión biofisiológica. |
| – Identidad. | – Dimensión psicológica. |
| 5. Factores relacionados con la imagen corporal, la autoestima, el rol y la identidad: | – Dimensión sociocultural. |
| – Dimensión biofisiológica. | – Dimensión espiritual. |
| – Dimensión psicológica. | 13. Fases del desarrollo de la familia. |
| – Dimensión sociocultural. | 14. Familia y salud. |
| – Dimensión espiritual. | 15. Enfermería familiar: la familia como entorno y como paciente. |
| 6. Factores estresantes que afectan al concepto del propio yo. | 16. Proceso de Enfermería y familia. |

NECESIDAD 13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Justificación:

... se dan casos en que se tiene al paciente innecesariamente confinado en su habitación; y, con demasiada frecuencia, se le viste con prendas que él asocia con el sueño o la inactividad, y no se le proporciona ningún recurso recreativo. Al preparar un plan de cuidados básicos de enfermería, convendría que la enfermera se hiciera las siguientes preguntas: ¿Qué horas del día podrían destinarse beneficiosamente a las actividades recreativas? ¿Cuáles son los intereses del paciente en este aspecto? ¿De qué medios recreativos se dispone en el caso en cuestión? La selección de actividades específicas depende de la edad, sexo, inteligencia, experiencia y gustos del paciente, así como de su estado, o de la gravedad de la enfermedad, de lo que le agrada, el ejercicio y las artes y, naturalmente, de los recursos disponibles en cuanto a juegos y compañía... Si la enfermera posee la preparación adecuada y el suficiente tacto e imaginación puede, a

menudo, ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo (Henderson, 1961, pp. 49-50).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|---|--|
| 1. Concepto de recreación. | – Área social-recreativa. |
| 2. Factores relacionados con la recreación: | – Área de expresión plástica. |
| – Dimensión biofisiológica. | – Área cultural-recreativa. |
| – Dimensión psicológica. | – Área de expresión musical. |
| – Dimensión sociocultural. | – Área de folklore. |
| – Dimensión espiritual. | – Área vida al aire libre. |
| 3. Técnicas de animación. | 5. Proceso de Enfermería y necesidades |
| 4. Áreas de recreación: | recreativas. |
| – Área recreativa-deportiva. | |

NECESIDAD 14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

Justificación:

... la orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas, si no de todas, que acuden a recibir tratamiento.... La misión educativa de la enfermera en materia de salud es una de sus funciones principales... Puede decirse que casi todas las funciones que la enfermera realiza encierran alguna enseñanza... La enfermera, más que ningún otro miembro del equipo, puede hacer que la experiencia de la enfermedad sea para el paciente una oportunidad de aprender a mejorar su forma de vida. Siempre que presta algún servicio al paciente, debe preguntarse si no convendría aprovechar la oportunidad para enseñar, al propio paciente o a algún miembro de la familia, la manera de llevar a cabo la actividad de que se trate o algún aspecto de la misma. No debe olvidar nunca que la finalidad perseguida es restablecer, siempre que sea posible, la independencia del paciente, ayudarle a vivir eficazmente, dentro de las limitaciones ineludibles o bien que le imponga la dolencia, o bien mitigar sus sufrimientos en la hora de la muerte (Henderson, 1961, pp. 51-54).

Propuesta de determinantes para esta necesidad:

- | | |
|--|---|
| 1. La educación del paciente como función del profesional de enfermería. | – Dimensión biofisiológica. |
| | – Dimensión psicológica. |
| 2. Patrones para la educación del individuo. | – Dimensión sociocultural. |
| 3. Objetivos de la educación del individuo. | – Dimensión espiritual. |
| 4. Educación y aprendizaje. | 8. Principios básicos del aprendizaje: |
| 5. Educación como comunicación. | – Motivación para aprender. |
| 6. Dominios del aprendizaje: | – Capacidad de aprender. |
| – Aprendizaje cognitivo. | – Entorno del aprendizaje. |
| – Aprendizaje afectivo. | 9. Proceso de Enfermería en la educación y aprendizaje. |
| – Aprendizaje psicomotor. | |
| 7. Factores relacionados con el aprendizaje: | |

4.1.3. PROPUESTAS PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN EL MARCO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Aunque Henderson no mencionó específicamente los pasos del proceso de atención de enfermería en su modelo, la relación entre ambos resulta obvia:

En la fase de valoración, la enfermera debe valorar al paciente según las 14 necesidades básicas. Después de valorar totalmente la primera, la enfermera pasa a la siguiente, hasta completar las 14. Para reunir los datos, deberá utilizar los cinco sentidos. Al final de la fase de valoración, la enfermera deberá analizar los datos recogidos, lo que implica poseer conocimientos sobre lo que es o no normal en la salud y en la enfermedad. Afirmó que, “dado que la enfermería es el único servicio disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana, la función de valoración es indiscutible. Las enfermeras necesitan identificar el estado de salud normal del paciente del anormal” (Henderson, 1987, pp. 7-18).

La fase de diagnóstico no es mencionada por esta autora. El diagnóstico de enfermería se formuló muchos años después de la publicación de su construcción filosófica y, por tanto, no es tratado por ella, lo cual puede inferir en el análisis de los datos recogidos sobre las 14 necesidades (Jiménez et al., 2004).

Según Henderson, la fase de planificación debe ajustarse a las necesidades del individuo. Además, el plan debe actualizarse siempre que sea necesario, debe utilizarse como un registro y debe ajustarse al plan prescrito por el médico (Henderson, 1978). En su opinión, un buen plan es aquel que incluye el trabajo de todos los miembros del equipo sanitario.

En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte tranquila. Las intervenciones se realizan para cada individuo según sus condiciones fisiológicas, la edad, el nivel cultural, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

La fase de evaluación consistiría en evaluar al paciente según el grado de autonomía que posee. No obstante, para esta autora, “los bebés y las personas inconscientes son o pueden ser independientes pero no autónomas” (Henderson, 1973, pp. 378-379).

Para Henderson el proceso de enfermería es el proceso de resolución de problemas en general y no es peculiar de la enfermería. Es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos los que prestan atención cuando su actuación o la ayuda que ofrecen van encaminadas a resolver los problemas de los pacientes (Reyes et al., 2007).

Las ventajas de esta sistemática de trabajo son muchas y están ampliamente explicitadas en la bibliografía: aumentar la calidad y eficacia de los cuidados en cualquier campo de la actuación enfermera, ya sea en enfermería comunitaria (Coll, Besora, Icart, Ferré, Manito y Ondiviela, 2007), especializada (Palomo y Fernández, 2007; Palomo, Fernández, Sánchez y Prieto, 2007) o sociosanitaria (Mesa, Torres y Alejo, 2007); proporcionar uniformidad en los cuidados; permitir homogeneizar el lenguaje y evaluar la calidad de la atención.

A continuación, se exponen las consideraciones que, a nuestro juicio, son necesarias para poder llevar a la práctica, bajo esta metodología, el modelo de Virginia Henderson.

PROPUESTAS PARA LA ETAPA DE VALORACIÓN

Como quedó expuesto, en el capítulo 2, apartado dedicado al proceso de enfermería, el objetivo de la etapa de valoración es recoger y registrar datos relevantes sobre el estado de salud de una persona, grupo o comunidad. Esta etapa del proceso es fundamental para poder ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad y adecuados a las necesidades reales de la persona o grupo.

Valorar con un modelo de cuidados como referente teórico, en este caso con el modelo de Virginia Henderson, orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos en los registros pertinentes, determinando en cada caso cuáles de ellos son relevantes y cuáles carecen de valor para identificar la situación de independencia y de dependencia de la persona en relación a sus 14 necesidades básicas. En este sentido, es de destacar la propuesta de Luis et al. (2005) que, tratando de relacionar las estructuras metodológicas y conceptuales, toman como referencia, para valorar las necesidades y problemas de cuidados de la persona, los postulados teóricos de Virginia Henderson.

Se entiende por manifestaciones de independencia el estado o nivel aceptable de satisfacción de las necesidades alcanzado por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo sin la ayuda de otra persona.

Se entiende por manifestaciones de dependencia a la incapacidad del sujeto de adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

¿Y cómo mide el profesional de enfermería la dependencia/independencia o la suplencia o ayuda de los pacientes bajo el modelo teórico de V. Henderson? Una de las críticas a dicho modelo es que no ofrece la posibilidad de establecer niveles o grados de dependencia a través de sus diferentes dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural y espiritual (Cueli, Raya, Fernández, Velasco, Álvarez y Rodríguez, 2011). Será el profesional de enfermería de acuerdo tanto con sus

conocimientos y experiencia, como con la situación actual del paciente, el que establezca de forma “subjetiva” el grado de ayuda que precise el mismo.

Desde un planteamiento general, la manifestación de dependencia sitúa al profesional en un nivel más operativo, al ser un signo observable de la incapacidad de la persona para satisfacer alguna de sus necesidades (Toronjo y Rojas, 2009).

No existe unificación de criterios en los registros a utilizar en la fase de valoración del paciente, estableciendo cada institución sanitaria su propio formato, bien sea en soporte papel o informático; existiendo una disparidad en los registros y por tanto diferentes interpretaciones en la primera y fundamental fase del proceso de enfermería. Esto a su vez genera una falta de correspondencia conceptual entre los registros actuales y el modelo de Virginia Henderson y el uso pertinente de los mismos, que aunque con los años han aumentado en número, no se puede decir lo mismo en cuanto a su calidad. Se registran más las actividades ejecutadas que la realización de una valoración continua y diaria de las necesidades fundamentales del modelo teórico utilizado.

Tampoco Virginia Henderson recoge las posibles conductas o indicadores de conducta saludables (manifestaciones de independencia), ni las posibles conductas o indicadores de conducta no saludables (manifestaciones de dependencia) de cada una de las necesidades.

Por todo ello, en consonancia con otros autores (Camps et al., 2005; Ruiz, Sánchez, Bonilla, Martínez, González y Martínez I, 2006; Alonso y Ros, 2008; Bellido y Lendínez, 2010; Pratz y Ortega, 2011; Melchor y Santillán, 2012; Trujillo, Guerra y Ramírez, 2012; Vallés, Casado, García, Manzananas y Sánchez, 2014), proponemos recoger los datos para la valoración como se expone a continuación e indicamos, al mismo tiempo, las posibles manifestaciones de independencia y de dependencia que pueden identificarse en cada una de las 14 necesidades:

TABLA 10

Valoración de la necesidad 1

NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE	
ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos antecedentes: satisfacción habitual de las necesidades de respiración y oxigenación; existencia de enfermedades previas; historia de medicamentos. ▪ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; estado físico; tipo de respiración; nivel de conciencia; interacciones medicamentosas; presencia de tos; descripción del esputo (si lo hubiere); presencia de dolor torácico; presencia de factores de riesgo. ▪ Datos de la dimensión psicológica: emociones, ansiedad, estrés. ▪ Datos de la dimensión sociocultural: estilo de vida; actividad y/o ejercicio físico; entorno; condiciones de trabajo; exposición a contaminantes; entorno físico de la comunidad (clima, contaminación, humedad, altitud...); tabaquismo; otros hábitos tóxicos. ▪ Datos de la dimensión espiritual: meditación; yoga; disciplina personal.
EXPLORACIÓN FÍSICA	<p>Patrón respiratorio; frecuencia respiratoria; ritmo respiratorio; frecuencia y ritmo cardíaco; presión arterial; musculatura utilizada en la respiración; movimientos y simetría del tórax; presencia de deformidades torácicas; permeabilidad de las vías aéreas; presencia de tos; presencia de secreciones; auscultación del tórax (sonidos respiratorios); auscultación cardíaca (sonidos cardíacos) coloración de piel y mucosas.</p>
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respiración rítmica, silenciosa, sin esfuerzo y con una frecuencia respiratoria entre 12 y 20 respiraciones por minuto, frecuencia que se mantiene con la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). ▪ Frecuencia cardíaca alrededor de 80 pulsaciones por minuto que se mantiene al realizar las ABVD. ▪ Presión arterial alrededor de 140/90 mmHg que se mantiene al realizar las ABVD. ▪ No presenta hábito tabáquico ni de otros tóxicos. ▪ Mantiene las vías aéreas permeables y libres de secreciones. ▪ Presenta un buen estado de hidratación. ▪ Adecuada respuesta tusígena, libera con facilidad las secreciones (transparentes, no muy abundantes, poco espesas), ello permite mantener limpias las vías aéreas. ▪ Intercambio gaseoso adecuado para los requerimientos vitales: adecuada coloración de piel y mucosas. ▪ Identifica situaciones y/o signos de riesgo y solicita la ayuda necesaria. ▪ Es capaz de utilizar medidas correctoras para prevenir procesos y/o alteraciones de la función respiratoria. ▪ Es capaz de relacionar los cambios propios de la salud con las medidas preventivas que necesita su función respiratoria. ▪ Conoce los posibles riesgos de contaminación ambientales atmosféricos. ▪ Mantiene un adecuado grado de humedad en su entorno inmediato.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenta cambios de la función respiratoria: respiración más superficial, cambios en la frecuencia y ritmo; dificultad respiratoria, uso de músculos accesorios; presencia de ruidos respiratorios de diferente intensidad y modalidad: estertores, roncus, sibilancias, etc. ▪ Tos irritativa, de menos fuerza y menos efectividad; presencia de secreciones.

- Palidez, cianosis o enrojecimiento de piel y mucosas.
- Expresa cansancio fácil y/o fatiga en la ejecución de las ABVD.
- No es capaz de mantener, en su entorno próximo un ambiente limpio, ordenado, saludable y libre de contaminación.
- No realiza acciones preventivas o correctoras (vacunación anual, ingesta de líquidos adecuada, actividad física, eliminación de hábitos tóxicos como el tabaco) que le protejan de los riesgos.
- Presenta un hábito postural inadecuado para una correcta función respiratoria.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 11

Valoración de la necesidad 2

NECESIDAD DE COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA	
ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos antecedentes: hábitos alimenticios y de ingesta de líquidos; existencia de problemas dietéticos o nutricionales anteriores; alergias o intolerancias alimentarias; historia de medicamentos. ■ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; capacidad de masticar, deglutir, digerir y absorber los alimentos; cantidad de líquidos y nutrientes según las necesidades del organismo; equilibrio de líquidos y electrolitos; modo de alimentación; habilidades necesarias; molestias o dolores asociados; interacciones medicamentosas; interacciones alimentos/medicamentos. ■ Datos de la dimensión psicológica: estado emocional; anorexia; estado afectivo; hábitos y gustos; imagen corporal deseada; aislamiento. ■ Datos de la dimensión sociocultural: estilo de vida; tipo de alimentos según el medio; horario de comidas; elección de los alimentos; utilización o suplementos vitamínicos o minerales; preferencias y restricciones de alimentos; aspectos relacionados con la compra y preparación de alimentos; límites del trabajo; situación económica; conocimientos sobre nutrición. ■ Datos de la dimensión espiritual: ayunos, preceptos religiosos.
EXPLORACIÓN FÍSICA	<p>Estado de la piel y faneras; estado de la cavidad oral (dientes y encías); presencia y estado de prótesis dental; obesidad/delgadez; peristaltismo abdominal; timpanismo o matidez abdominal; llenado de las venas yugulares y de las venas de las manos; medidas antropométricas (talla, peso, índice de masa corporal, pliegues cutáneos, circunferencia de los miembros, circunferencia muscular y perímetro abdominal); capacidad para la alimentación (movilidad y destreza); presencia de sondaje nasogástrico para la alimentación y estado del mismo.</p>
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ingesta diaria cuantitativa y cualitativa de sólidos y líquidos, y distribución horaria adecuada de las tomas. ■ Conoce los alimentos y los nutrientes que le aportan. ■ Tiene capacidad y destreza física para adquirir y elaborar los mismos. ■ Es capaz de elegir los alimentos en función de sus gustos, posibilidades económicas y requerimientos nutricionales. ■ Realiza la elaboración de los mismos de forma sana y adecuada. ■ Busca compañía y se siente acompañado, cuando lo necesita, durante las comidas. ■ Es capaz de identificar los alimentos en mal estado. ■ Controla los cambios sensitivos (gusto y olfato), de forma que no realiza una ingesta excesiva de algunos alimentos o nutrientes. ■ Conoce los posibles riesgos de contaminación alimentaria y sabe conservar los alimentos.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Su dentadura está sana y cuidada. ■ Su mucosa oral está rosada y húmeda. ■ Porta prótesis dental cuidada y bien adaptada. ■ Presenta una correcta relación talla/peso. ■ Índice de masa corporal (IMC) normal (18,5 – 24,9); pliegue cutáneo tricipital (PCT) normal (hombres: 10-12 mm, mujeres: 21-25 mm); pliegue cutáneo subescapular (PCS) normal (hombres: 10,6 mm, mujeres: 12 mm); circunferencia de la parte media del brazo (CPMB) normal (hombres: 319-322 mm, mujeres: 277-299 mm); circunferencia muscular del brazo (CMB) normal (hombres: 279-281 mm, mujeres: 212-290 mm).
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ingesta diaria cuantitativa y cualitativa de sólidos y líquidos, y distribución horaria de las tomas, inadecuada, insuficiente o incorrecta. ■ Realiza la ingesta inadecuada por déficit, por exceso o por ritmo y horario inadecuados. ■ Manifiesta sentimientos de soledad y aburrimiento durante el acto de las comidas. ■ No es capaz de mantener una higiene adecuada en cuanto al lugar y mantenimiento de los alimentos. ■ Desconoce los riesgos de contaminación alimentaria. ■ Manifiesta un estado anímico que le lleva a conductas alimentarias y/o ritmos en las comidas que le hacen más vulnerable a posibles alteraciones. ■ Presenta halitosis por boca mal cuidada y/o falta de higiene. ■ Porta prótesis dental descuidada y/o mal adaptada. ■ Medidas antropométricas anormales, por exceso o por defecto. ■ El peso corporal es inferior en un 20% o más al peso ideal o lo supera en un 10% o más según la talla, sexo, edad y constitución. ■ Presenta palidez en las membranas conjuntivas y mucosas. ■ Tiene fragilidad capilar y caída excesiva del pelo.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 12
Valoración de la necesidad 3

NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES	
ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos antecedentes: hábitos urinario o intestinal; antecedentes de cirugía o enfermedades que afectan al tracto gastrointestinal; presencia y situación de derivaciones intestinales; presencia y situación de derivaciones urinarias; historia de medicamentos. ■ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; interacciones medicamentosas; dolores o molestias; identificación de hábitos que favorecen la eliminación intestinal normal; descripción de cualquier cambio reciente en el patrón de eliminación; descripción de las características habituales de las heces; historia dietética; movilidad, destreza y ejercicio; patrón de micción; descripción de las características habituales de la orina; síntomas de alteraciones urinarias; características y estado de la piel. ■ Datos de la dimensión psicológica: estado emocional; intimidad; dependencia psicológica a laxantes. ■ Datos de la dimensión sociocultural: hábitos de higiene personal; limpieza de lugares públicos; valor que se da a la higiene; valoración del uso de ayudas artificiales en el domicilio. ■ Datos de la dimensión espiritual: preceptos religiosos.

EXPLORACIÓN FÍSICA	Hidratación de la piel; estado de la boca; peristaltismo abdominal; timpanismo o matidez abdominal; presencia de hemorroides; características de las heces, observando aspecto, cantidad, color, olor, consistencia, forma y constituyentes; dolor en fosas renales; presencia de globo vesical; estado del meato urinario; características de la orina, observando aspecto, frecuencia, cantidad, olor, color y concentración; presencia de ostomías y/o drenajes y su estado.
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mantiene patrones de eliminación habitual. ■ Conoce y utiliza medidas para facilitar su eliminación. ■ Mantiene hábitos higiénicos relacionados con la eliminación (mantenimiento de la higiene y prevención de infecciones). ■ Adecuada coordinación psicomotriz que permite dar respuesta a los estímulos de miccionar o defecar. ■ Ruidos abdominales normales. ■ Abdomen blando, depresible y sin dolor a la palpación. ■ Heces de características normales.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ No mantiene el patrón de eliminación habitual. ■ Esfuerzo excesivo y/o doloroso para defecar. ■ Disminución del volumen y/o frecuencia de las heces. ■ Orina más de 6 veces al día. ■ Orina menos de 2 veces al día. ■ Se le escapan las heces o la orina y no tiene controlado el problema ni está pendiente de solución. ■ Ausencia o aumento de ruidos intestinales. ■ Abdomen poco depresible y con dolor a la palpación. ■ Presencia de globo vesical. ■ Heces de características anormales. ■ No conoce las medidas higiénicas básicas en relación a la eliminación vesical y fecal. ■ Disminución en la coordinación psicomotriz.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 13

Valoración de la necesidad 4

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS	
ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos antecedentes: cirugía o enfermedades que limitan la gama de movimientos articulares; defectos congénitos; historia de medicamentos. ■ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; nivel diario de actividad; tolerancia a la actividad; tipo y frecuencia de ejercicios; posturas habituales. ■ Datos de la dimensión psicológica: estado emocional; participación en actividades; sedentarismo; soledad. ■ Datos de la dimensión sociocultural: condiciones de trabajo; lugares de ejercicio; prácticas deportivas. ■ Datos de la dimensión espiritual: valor concedido a los aspectos relacionados con la necesidad de movimiento.
EXPLORACIÓN FÍSICA	Alineación corporal; marcha; aspecto y movilidad de las articulaciones; capacidad y limitación de movimientos; masa y fuerza muscular; tolerancia al ejercicio; forma física; escala de funcionalidad de Barthel (valoración de las actividades básicas de la vida diaria).
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Teniendo capacidad para ello, realiza por sí mismo las actividades de la vida diaria (AVD). ■ Mantiene posturas alineadas y anatómicamente correctas en situación de reposo. ■ Busca, si lo necesita, los dispositivos de apoyo apropiados a sus necesidades de deambulación, alimentación, higiene, etc.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

- Realiza adecuadamente ejercicios de prevención de procesos degenerativos (rigidez, deformidad, aislamiento social, etc.).
- Desarrolla una actividad adaptada a su situación.
- Teniendo capacidad para realizar por sí mismo las AVD, necesita ayuda parcial o total.
- No utiliza medidas de prevención relacionadas con esta necesidad (caídas, deformidades, etc.).
- Mantiene posturas inadecuadas.
- Sensación de necesitar más tiempo de descanso o más energía.
- Cansancio que no desaparece.
- Incapacidad para mantener el ritmo de vida o las actividades habituales o necesitar más tiempo para llevarlas a cabo.
- Escaso ejercicio físico en las actividades de la vida cotidiana.
- Muestra baja forma física.
- Utiliza mobiliario (sillón, cama, etc.) que no se adecua a sus necesidades.
- Presenta una disminución de su nivel de actividad habitual por miedo a caídas, fracturas, etc.
- Presenta una disminución de sus actividades sociales por falta de habilidades por adaptarse a la situación actual (no salir de casa por no saber utilizar andador, silla de ruedas, etc.).

Fuente: Elaboración propia

TABLA 14
Valoración de la necesidad 5

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR	
ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos antecedentes: patrón de reposo y sueño que sigue habitualmente; rituales para ayudar a dormir; existencia de enfermedades previas que interfieran en el descanso y sueño; historia de medicamentos. ■ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; falta de confort; presencia de dolor (en caso afirmativo: localización del dolor, intensidad, cualidad, patrón, factores precipitantes, factores aliviantes, síntomas asociados, efectos sobre las actividades de la vida diaria, respuesta afectiva, tratamientos previos para el dolor y su eficacia); número de horas de reposo; cambios recientes en los patrones del sueño o dificultad para dormir; enfermedades actuales (respiratorias; propias del sueño: insomnio, hipersomnia; narcolepsia, etc.); utilización de fármacos para dormir. ■ Datos de la dimensión psicológica: estado emocional; hábitos personales de vigilia y sueño; ritual antes de acostarse; problemas psicológicos. ■ Datos de la dimensión sociocultural: estilo de vida; entorno para dormir (presencia de ruidos, confort en la habitación, intimidad, personas que comparten la habitación); hora para acostarse y levantarse; trabajo de noche; consumo de sustancias tóxicas. ■ Datos de la dimensión espiritual: significado del dolor, recursos de afrontamiento; valor concedido a los aspectos relacionados con la necesidad de dormir y descansar.
EXPLORACIÓN FÍSICA	<p>Observación de las respuestas conductuales (expresión facial, inmovilidad o movimientos del cuerpo, habla y tono), y de las respuestas fisiológicas y del nivel de energía (movimiento y caída de párpados, ojeras, temblor muscular, bostezo o signos de cansancio físico, somnolencia, ronquera); escala EVA (visual analógica graduada numéricamente para valoración de la intensidad del dolor).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La persona se siente descansada después del sueño. ■ Concilia el sueño con facilidad.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Se duerme a los 30 minutos de irse a la cama. Duerme, al menos, 6 horas consecutivas sin despertarse. Se despierta no más de 2 veces durante el sueño y vuelve a quedarse dormido antes de 15 minutos. Acondiciona las áreas de descanso para favorecer el sueño. Conoce y se adapta a los posibles cambios que su situación de salud produce en el sueño. Conoce técnicas de relajación que inducen al sueño. Busca la ayuda profesional necesaria cuando no duerme bien. Desarrolla durante el día una actividad física adecuada (gasto de energía física adecuada a su edad), que le permite entrar en las fases del sueño sin dificultad. No presenta dolor en ningún área de su cuerpo.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> No se siente descansada después de haber dormido. No se siente descansada por dolor o malestar en alguna parte de su cuerpo. Tiene dificultad para conciliar el sueño. Se despierta varias veces y le cuesta volver a dormirse. Manifiesta no conocer las condiciones que facilitan un buen descanso (condiciones de la habitación, de la cama, ritos, etc.). Expresa cansancio fácil en la ejecución de las ABVD. Falta de concentración en las actividades cotidianas. Se automedica para inducir el sueño. Dedica un tiempo excesivo a las horas de descanso diurno. Desarrolla una actividad física deficitaria que le dificulta iniciar los periodos de sueño. Presenta problemas de estrés y/o ansiedad. Comunicación verbal o codificada de dolor. Respuestas autónomas u otros signos indicadores de que sufre dolor.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 15
Valoración de la necesidad 6

NECESIDAD DE ELEGIR ROPA DE VESTIR ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> Datos antecedentes: cirugía o enfermedades que limitan la gama de movimientos articulares; defectos congénitos; problemas psiquiátricos; historia de medicamentos. Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; movilidad articular; comodidad de la ropa y calzado que usa. Datos de la dimensión psicológica: significado de la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad; poder de decisión sobre la ropa que viste; grado de afectación en la satisfacción de la necesidad ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto; prendas de vestir o accesorios con significación especial; sentimientos relacionados ante el requerimiento de satisfacer esta necesidad en presencia o con ayuda de otros; utilización incontrolada del vestirse o desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés, rechazo, apropiación de los vestidos del otro, etc.). Datos de la dimensión sociocultural: conocimiento sobre la relación calidad/cantidad de ropa necesaria para los requerimientos de su propio cuerpo y a la temperatura ambiente; modas; normas sociales; nivel socioeconómico. Datos de la dimensión espiritual: creencias con respecto al significado de las maneras de vestir; limitaciones o requerimientos en esta necesidad relacionados con sus creencias y valores.
-------------------	---

EXPLORACIÓN FÍSICA	Capacidad funcional motora; fuerza y tono muscular, presencia de signos de síndrome por desuso; estado mental (orientación temporoespacial, memoria, capacidad para comunicarse); ayuda que necesita para vestirse y desvestirse y/o para ponerse o quitarse el calzado; escala de funcionalidad de Barthel (valoración de las actividades básicas de la vida diaria); observación de aspectos relacionados con la vestimenta y la forma de vestir: vestido completo, incompleto, limpio, descuidado, sucio, adecuado o inadecuado a la situación, tipo y cantidad de accesorios y/o abalorios.
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Da un significado positivo al vestido y acicalamiento. ■ Presenta una imagen adecuada en relación con la higiene, estado de la ropa y elección de la misma y se corresponde con sus gustos personales. ■ Tiene posibilidades de conseguir (suficiencia económica) la vestimenta adecuada a sus necesidades. ■ Utiliza un calzado adecuado en relación a los cambios que presenta en los pies y su capacidad de deambulación. ■ Utiliza, dentro de sus posibilidades, vestimentas de materiales naturales que le permiten una buena transpiración y aislamiento (algodón, piel, etc.). ■ Se viste y desviste de forma autónoma. ■ Manifiesta un estado de bienestar general respecto al vestir y desvestir. ■ Va vestida de acuerdo a la climatología del lugar.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presenta una imagen desaliñada, rotos, mal olor corporal. ■ Tiene dificultades para vestirse y desvestirse de forma autónoma (dificultad en la destreza manual, déficit cognitivo para seleccionar la ropa adecuada, disminución de fuerza muscular, etc.). ■ Utiliza ropa inadecuada frente a la temperatura ambiente y otras circunstancias. ■ Usa materiales sintéticos de forma continuada que aumentan los riesgos de lesión y/o transpiración inadecuada de la piel. ■ Usa calzado que aumenta los riesgos de accidentes. ■ No puede seleccionar el calzado y se encuentra incómodo con el que habitualmente utiliza. ■ Muestra desinterés por el estado de la vestimenta. ■ Se muestra apática en la acción de vestirse y desvestirse. ■ Presenta dificultad para mantener la ropa limpia.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 16
Valoración de la necesidad 7

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos antecedentes: hábitos de abrigo y mantenimiento de la temperatura corporal; historia de medicamentos. ■ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; sensación habitual de frío o calor; sensibilidad a los cambios de temperatura; circunstancias que influyen en su temperatura corporal; qué hace cuando tiene fiebre. ■ Datos de la dimensión psicológica: influencia de las emociones. ■ Datos de la dimensión sociocultural: clima; recursos que utiliza para combatir el frío/calor; acondicionamiento de la vivienda para el frío/calor; tipo de ambiente en el trabajo (cámaras frigoríficas, exterior, hornos, etc.) y en el hogar; conocimientos sobre la temperatura corporal. ■ Datos de dimensión espiritual: valor concedido a los aspectos
-------------------	--

	relacionados con la necesidad de mantenimiento de la temperatura corporal.
EXPLORACIÓN FÍSICA	Cifras de la temperatura corporal medidas en las distintas zonas corporales (boca, axila, tímpano y recto); presencia de signos físicos de hipotermia o hipertermia; temperatura y color de la piel; condiciones térmicas del entorno.
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mantiene una temperatura corporal alrededor de 36-37 °C. ■ Reacciona de forma equilibrada a los cambios de temperatura ambiente. ■ Su piel y mucosas son rosadas, tibias y mantiene una mínima transpiración. ■ Conoce y pone en marcha mecanismos para adaptar su temperatura corporal a los cambios externos. ■ Usa ropa adecuada, en cantidad y calidad, a la climatología de la temporada y lugar en el que se encuentra.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ No realiza una ingesta adecuada de nutrientes ni líquidos. ■ No usa vestimentas adecuadas y acorde con la temperatura ambiente. ■ No utiliza medios de calefacción o ventilación cuando tiene frío o calor. ■ No sabe reconocer un cambio de temperatura en su cuerpo. ■ No sabe usar el termómetro. ■ Presenta una reducción de la temperatura corporal por debajo del límite inferior de la normalidad (oral, 36,5 °C; rectal, 37 °C; axilar, 36 °C). ■ Presenta frialdad de la piel, escalofríos y piloerección. ■ Enlentecimiento del rellenado capilar. ■ Cianosis de los lechos ungueales. ■ Aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. ■ Presenta un aumento de la temperatura corporal por encima del límite superior de la normalidad (oral, 37,5 °C; rectal, 38,1 °C; axilar, 37 °C). ■ Piel enrojecida y caliente al tacto. ■ Aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 17

Valoración de la necesidad 8

NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE PERSONAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos antecedentes: problemas cutáneos pasados; hábitos higiénicos y de cuidados de la piel; cirugía o enfermedades que limitan la gama de movimientos articulares; historia de medicamentos. ■ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; capacidad física para atender sus propios cuidados (equilibrio, coordinación, fuerza muscular, posibilidad de desplazarse, tolerancia a la actividad); dolor; dispositivos que alteran la movilidad (escayolas, tracciones, férulas, etc.). ■ Datos de la dimensión psicológica: estado emocional; motivación; prácticas de cuidados de la piel; prácticas higiénicas; autoimagen; pérdida de autonomía en el plano cognitivo. ■ Datos de la dimensión sociocultural: conocimientos; salubridad del medio de vida y laboral; instalaciones sanitarias; disponibilidad de agua corriente y cuarto de baño o utensilios apropiados para la higiene; costumbres; preferencias personales; motivación para la salud; situación socioeconómica.
-------------------	---

EXPLORACIÓN FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos de la dimensión espiritual: significado de la higiene y la limpieza. <hr/> <p>Higiene y cuidado personal (cabellos, ojos, boca, oídos, uñas, genitales, pies); continencia esfinteriana (intestinal y vesical); estado general de la piel; presencia de drenajes, ostomías, fístulas, etc.; lesiones de la piel (úlceras por presión); capacidad de movilización, uso de prótesis o dispositivos de ayuda; sensibilidad local: dolor (localización, duración, tipo, irradiación, qué lo agrava y qué lo alivia).</p>
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mantiene un patrón de higiene personal adecuada. ■ Ofrece un aspecto limpio, cuidado y un olor agradable. ■ Realiza correctamente la higiene bucal tras cada comida y cuida su prótesis si la usa. ■ Mantiene limpios y cuidados cabellos, uñas, manos y pies, manteniéndolos exentos de alteraciones: parásitos, heridas, callosidades, durezas, etc. ■ Mantiene limpias, cuidadas e hidratadas sus mucosas. ■ Presenta la piel limpia, suave, lisa y flexible, sin alteraciones ni lesiones. ■ Usa cosméticos de forma conveniente. ■ Conoce y utiliza medidas para mantener su piel, sus mucosas y sus faneras limpias y en buen estado. ■ Practica una higiene postural que le previene de posibles lesiones de la piel. ■ Mantiene hábitos dietéticos que le garantizan un buen estado de la piel y mucosas: hidratación, aporte de vitaminas, etc. ■ Realiza actividades preventivas que le evitan lesiones cutáneas (exposición excesiva al sol, cambios frecuentes de posturas, etc.).
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patrón de higiene personal inadecuado. ■ Incapacidad de lavarse total o parcialmente el cuerpo, obtener agua, regular la apertura o flujo del agua de baño, entrar y salir del baño, secarse el cuerpo. ■ Aspecto externo descuidado: piel, cabello, uñas, pies, etc. ■ Deterioro en piel y/o mucosas con presencia de manchas, lesiones, heridas, úlceras, etc. ■ Olor corporal desagradable. ■ Manchas en la ropa: sudor, heces, orina, restos de comida, etc. ■ Placa dental y/o halitosis. ■ Prótesis sucias, mal cuidadas y/o mal ajustadas. ■ Uso inadecuado y exagerado de cosméticos. ■ Desconoce las prácticas de higiene más básicas. ■ Rechaza los recursos necesarios que le permitirán una buena higiene corporal. ■ Mantiene posturas corporales que facilitan la aparición de lesiones cutáneas.

Fuente: Elaboración propia

Mención especial merecen las úlceras por presión. El profesional de enfermería deberá detectar y prevenir la aparición de éstas - escala de Braden Bergstrom, validada para identificar el riesgo de úlcera por presión – (Pancorbo, García, Soldevilla y Blasco, 2009).

Cuando ya existe una úlcera por presión se deberán considerar los siguientes aspectos:

- Localización de la lesión.

- El tamaño de la lesión expresado en centímetros (longitud, anchura y profundidad).
- El estadio de la úlcera.
- El color del lecho de la lesión y la localización de la necrosis.
- El estado de los bordes de la lesión.
- La integridad de la piel circundante.
- Los signos clínicos de la infección, como rubor, calor, tumefacción, dolor, olor y exudado (anotar el color del exudado).
- El tiempo transcurrido desde que se conoce la existencia de la lesión.
- Cualquier tratamiento utilizado previamente.

TABLA 18

Valoración de la necesidad 9

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTROS**ENTREVISTA**

- **Datos antecedentes:** historial de inmunizaciones; cirugía o enfermedades que limitan la gama de movimientos articulares; defectos congénitos; problemas psiquiátricos; historia de medicamentos; procesos infecciosos pasados o recidivantes.
- **Datos de la dimensión biofisiológica:** edad y etapa de desarrollo; riesgos específicos para la seguridad (fuego, caídas, intoxicación, descarga eléctrica, ruido excesivo, radiación, asfixia, atragantamiento, accidentes relacionados con los equipos, accidentes relacionados con los procedimientos, automutilación, etc.); estado de los órganos de los sentidos (visión, olfato, tacto, oído y gusto); consumo de medicamentos y medidas terapéuticas actuales; sistema inmunitario; procesos infecciosos; estado nutricional.
- **Datos de la dimensión psicológica:** limitaciones intelectuales; estresores emocionales; adicciones; incumplimiento del tratamiento, autoestima; autoimagen; nivel de conciencia.
- **Datos de la dimensión sociocultural:** estilo de vida; conocimientos sobre las precauciones de seguridad; control ambiental de la seguridad (trabajo, domicilio) y de posibles contagios.
- **Datos de la dimensión espiritual:** valores, relaciones con la enfermedad; disciplina de vida para mantener el equilibrio; autocontrol.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Grado de movilidad corporal; percepción sensorial; nivel de conciencia; estado emocional; capacidad para comunicarse.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

- Es capaz de adaptar su entorno próximo.
- Realiza las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de forma segura.
- Conoce los cambios sensoriales propios de su edad y actúa en consecuencia.
- Conoce y practica medidas de prevención de accidentes, de infecciones, de enfermedades y de agresiones del medio.
- Utiliza medidas de reposo, de relajación y de control de las emociones y mecanismos de defensa adecuadas a las situaciones.
- Realiza el tratamiento médico pautado de forma correcta.
- Conoce y controla los efectos secundarios derivados de los fármacos prescritos.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

- Presenta alteración del sentido del olfato, visión, oído, tacto y gusto.
- Tiene antecedentes de frecuentes traumatismos.

- Presenta dificultades emocionales.
- No adecua sus actividades y su entorno a los cambios propios que afectan de forma significativa a esta necesidad.
- No es capaz de actuar de forma preventiva respecto a los posibles riesgos de las patologías y sus tratamientos farmacológicos.
- Desconoce los efectos secundarios derivados de los fármacos prescritos.
- Posee grandes cantidades de medicamentos en el hogar.
- Almacena productos peligrosos al alcance de niños y personas mayores.
- Habita en un lugar inseguro.
- Está en contacto frecuente con productos contaminantes sin tomar la medidas de protección adecuadas.
- Presenta comportamiento destructivo hacia sí mismo y hacia los demás.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 19

Valoración de la necesidad 10

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES O TEMORES	
ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos antecedentes: defectos congénitos; problemas psiquiátricos; historia de medicamentos; enfermedades de transmisión sexual; parálisis. ■ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; estado de los órganos de los sentidos; grado de movilidad; déficit del lenguaje; déficit sensorial; deterioro cognitivo; déficit estructural (fisura en el paladar, traqueostomías, laringectomías, etc.); historia de salud sexual; capacidad de procreación. ■ Datos de la dimensión psicológica: inteligencia; personalidad; estado emocional; capacidad para expresar sentimientos; relaciones con otros; proyección; sublimación; posibilidad de usar un sistema de comunicación alternativo al lenguaje hablado. ■ Datos de la dimensión sociocultural: estilo de comunicación verbal; estilo de comunicación no verbal; libertad de expresión de los sentimientos; comunicación de masas. ■ Datos de la dimensión espiritual: valores que facilitan la apertura a los demás; limitaciones o requerimientos relacionados con sus creencias y valores; preceptos religiosos.
EXPLORACIÓN FÍSICA	<p>Estado de los órganos de los sentidos; articulación del lenguaje; presencia de déficits estructurales; patrón respiratorio; presencia de parálisis; estado psicológico; patrón de comunicación; vocabulario del paciente; dificultades idiomáticas; dificultad para comprender los mensajes; dificultad para expresar los pensamientos verbalmente o usar las expresiones faciales o corporales; negativa voluntaria a hablar; mal contacto ocular; presencia de hostilidad; agresión; firmeza; reticencia; duda, ansiedad; locuacidad; estado de los órganos sexuales.</p> <p>Los datos de la historia clínica de enfermería que indican la necesidad de efectuar una exploración física de los órganos genitales y del sistema de reproducción son (Kozier, Erb, Blais y Wilkinson, 2008):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sospecha de infertilidad, embarazo o ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual). - Notificación de la existencia de exudado, bulto o cambio en el color, tamaño y forma de un órgano genital. - Cambios en la función urinaria. - Necesidad de realizar alguna prueba genital y/o reproductiva.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Es capaz de comunicarse, oral y/o gestualmente, convenientemente con sus semejantes y con su entorno. Manifiesta sus opiniones y recibe las de los demás en un clima de respeto. Conserva la adecuada orientación temporoespacial. Mantiene las capacidades físicas e intelectuales necesarias para acceder a la información interior y exterior, así como para la expresión de sus reacciones tanto intelectuales como emotivas. Tiene una imagen y un concepto de sí mismo que se corresponden con la realidad. Es capaz de expresar su sexualidad a través de caricias, gestos, abrazos u otras demostraciones. Responde a los estímulos sexuales y es capaz de mantener el impulso sexual dentro de los hábitos que ha desarrollado durante toda la vida. Siente y exterioriza su sexualidad como adecuada, satisfactoria y gratificante. Conoce y utiliza medidas para favorecer la comunicación, expresar sus emociones y su sexualidad.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Presenta dificultades para comunicarse efectivamente con otras personas (dificultad para formar palabras o frases, tartamudeo, hipoacusia, etc.). Las pérdidas percibidas, relacionadas con la etapa de la vida en la que se encuentra, le impiden establecer nuevos contactos satisfactorios. Diferencias culturales. Trastornos de la autoestima o el autoconcepto. Alto grado de estrés. No tiene sensación satisfactoria de pertenencia a un grupo social. No goza del contacto con personas significativas: pareja, amigos, familia, etc. Usa conductas de interacción social ineficaz y/o inaceptable para el grupo cultural dominante. Presenta incapacidad o dificultad para usar y hacerse entender mediante expresiones gestuales. Percibe alteraciones en el logro de su satisfacción sexual. Se siente juzgado con relación a sus prácticas sexuales. Se siente aislado. No puede disfrutar de espacios personales que le faciliten las relaciones y formas de comunicación satisfactoria.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 20

Valoración de la necesidad 11

NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

ENTREVISTA

- Datos antecedentes:** creencia religiosa; rituales; conflictos; filosofía de vida (exigencias que comporta); creencias sobre la salud; percepción de la capacidad propia de influir sobre su salud; experiencias previas de enfermedad, de pérdida y duelo; historia de medicamentos.
- Datos de la dimensión biofisiológica:** edad y etapa de desarrollo; inmovilidad; debilidad; presencia de dolor u otra sintomatología acompañante.
- Datos de la dimensión psicológica:** en su situación actual sus ideas/creencias le ayudan, no le ayudan, no interfieren; contradicciones entre valores; toma de decisiones; autoestima;

	<p>adaptación a la enfermedad; significado de la propia existencia, de la vida y de la muerte, del dolor, de la enfermedad; forma habitual de afrontar las crisis personales, mecanismos de defensa y protección, con especial atención a las tendencias agresivas hacia sí misma o hacia los demás.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Datos de la dimensión sociocultural: influencia de las ideas/creencias en su alimentación, en el vestir, en los cuidados de salud, o en otros aspectos; lugares de culto; prejuicios; libertad permitida o control ejercido por el entorno; disponibilidad de las personas que le sirven de soporte espiritual; posibilidad de seguir llevando a cabo sus prácticas habituales o de mantener sus valores; recursos personales y sociales con los que cuenta. ■ Datos de la dimensión espiritual: pertenencia a una religión; interferencias en la práctica religiosa; adhesión a una filosofía; misticismo; ascetismo; sentido de la vida; jerarquía de valores; restricciones o condicionantes religiosos o ideológicos; consideración moral y social de la enfermedad o situación.
EXPLORACIÓN FÍSICA	<p>Gestos; posturas; signos de angustia, nerviosismo, ansiedad; incomunicación.</p>
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mantiene sus convicciones personales frente a lo bueno y a lo malo, por la cultura, ideología, o religión, frente a la propia vida o a la muerte. ■ Concepción de un significado de la vida y de la muerte positiva. ■ Es capaz de opinar y de mantener actitudes que evidencian su forma de pensar. ■ Valora su dimensión espiritual. ■ Mantiene sus ideales y creencias y estas no influyen negativamente sobre su salud. ■ Tiene posibilidad de practicar los actos que se corresponden con sus creencias. ■ Es capaz de convivir con otras personas, aunque no compartan la misma escala de valores. ■ Es capaz de dar sentido a su vida desde sus valores y creencias. ■ Conoce y utiliza medidas para favorecer su satisfacción. ■ Pide ayuda cuando necesita asesoramiento sobre los valores o normas actuales. ■ Comparte con otros estas creencias o valores.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manifiesta falta de significado o propósito en la vida, de paz y serenidad, esperanza, amor y aceptación, perdón para sí misma o valor. ■ Expresa sentimientos de culpabilidad, cólera y mal afrontamiento de la situación. ■ Cólera hacia Dios y es incapaz de rezar, de participar en actividades religiosas, de realizar una retrospección. ■ Cambia súbitamente sus prácticas espirituales habituales. ■ Manifiesta sufrimiento y desesperanza. ■ Desplazamiento de la cólera hacia los representantes religiosos. ■ Verbalización de conflictos internos sobre las creencias. ■ Concepción de un significado negativo de la vida y de la muerte. ■ Sentimientos de soledad y de culpabilidad. ■ Conflicto entre las creencias y los tratamientos de salud. ■ No es capaz de expresar libremente sus creencias y valores. ■ Se siente desarraigada de su grupo social. ■ No se siente respetada en sus creencias y/o valores por las personas que le rodean. ■ Se siente impotente para comprender los cambios sociales que se encuentran fuera de su escala de valores.

- Ha experimentado pérdidas significativas que no es capaz de explicar a través de sus creencias encontrándose en un conflicto personal que se corresponde con la falta de referentes para entender la vida.
- Alteración del nivel de actividad, de los patrones de sueño y pesadillas.
- Experimenta alivio, mantiene la conexión con la persona fallecida, busca el significado de la pérdida.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 21

Valoración de la necesidad 12

NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL	
ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos antecedentes: actividades que desarrolla en la vida diaria: función social, laboral, familiar, etc.; autoestima previa. ■ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; capacidad física; integridad neurológica y musculoesquelética; nivel de energía y de fuerza física; movilidad articular; problemas o circunstancias que modifican el cumplimiento de las actividades; autoimagen corporal percibida y presentada. ■ Datos de la dimensión psicológica: estado emocional; autoestima; desarrollo intelectual; estado de conciencia; confianza en sí mismo; educación y deseo de realizarse; capacidad para tomar decisiones; grado de satisfacción laboral; grado de satisfacción familiar. ■ Datos de la dimensión sociocultural: disponibilidad socioeconómica; roles sociales y parenterales; situación laboral; ocupación principal; opinión de los demás acerca de su trabajo; jubilación; otras ocupaciones importantes; rol familiar; repercusión de la situación actual sobre la familia; personas a su cargo; relación de los miembros de la familia entre sí; forma habitual de afrontar las crisis familiares; convivencia con otras personas. ■ Datos de la dimensión espiritual: filosofía de vida; valor que se atribuye al trabajo, a la productividad y a la familia.
EXPLORACIÓN FÍSICA	<p>La exploración física de esta necesidad, al igual que la anterior, incluye la observación de gestos y posturas así como de signos de angustia, nerviosismo, ansiedad e incomunicación; respuesta no verbal a cambios reales o percibidos en la estructura o funcionamiento de su cuerpo; manifestaciones que reflejan una alteración de la percepción de la estructura, aspecto o función del cuerpo; conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.</p>
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autocrítica, toma de decisiones. ■ Manifiesta deseos de mejorar la toma de decisiones. ■ Congruencia de las decisiones con los valores y objetivos personales y socioculturales. ■ Autoestima, consciente de su valor y de sus capacidades. ■ Autoimagen, aprecia su apariencia. ■ Expresa deseos de reforzar el autoconcepto. ■ Tiene confianza en sus habilidades y acepta sus puntos fuertes y débiles. ■ Manifiesta satisfacción con las ideas sobre sí mismo, su sentido de valía personal, desempeño del rol, imagen corporal e identidad personal. ■ Amor al trabajo, valoración del mismo. ■ Participación en las decisiones del trabajo, promoción. ■ Ambición, motivación. ■ Dominio en los roles.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

- Elige entre las distintas alternativas que se le ofertan: terapia ocupacional, actividades educativas, actividades deportivas, etc., exteriorizando, por ello, manifestaciones de alegría, placer, satisfacción, orgullo, etc.
 - Conoce y utiliza medidas para favorecer su autorrealización a través del entretenimiento y de la utilización del tiempo libre, dando con ello vida a los años que viva.
 - Afronta con expectativas reales su nuevo rol de jubilado, considerándolo como una época ideal para seguir desarrollando sus habilidades y para alcanzar sus ambiciones y sueños.
 - En el caso de amas de casa, adaptan sus necesidades recreativas a la nueva etapa en la que se encuentran.
 - Es capaz de estar ocupado realizando actividades socioculturales, individuales y/o grupales útiles y prácticas que le permitan seguir manteniendo una saludable convivencia social y un buen grado de actividad, lo que le permite desarrollarse íntegramente y valerse como persona.
 - Tiene capacidad para utilizar los recursos de su entorno comunitario (oferta de viajes, espectáculos, etc.) en la medida en que los necesita.
 - Expresa deseos de mejorar la dinámica familiar: con una comunicación adecuada, roles flexibles y acordes con las etapas de desarrollo.
 - Tiene capacidad para satisfacer las necesidades físicas, sociales y psicológicas de los miembros de su familia.
-
- Autoestima baja.
 - Negativa a verificar un cambio corporal real.
 - Sentimientos negativos sobre su cuerpo.
 - No manifiesta deseos de mejorar la toma de decisiones.
 - Incongruencia de las decisiones con los valores y objetivos personales y socioculturales.
 - No se adecua al cambio de rol que trae emparejado el envejecimiento en cuanto a actividades físicas y utilización del tiempo de ocio.
 - Manifiesta sentimiento de inutilidad.
 - Tiene dificultades para mantener relaciones sociales satisfactorias.
 - Desconoce y/o tiene dificultades para acceder a los recursos comunitarios que se ofertan en su entorno.
 - Siente que los cuidados sociales relacionados con esta etapa (trabajo, tiempo de ocio, etc.) son pérdidas a las que no se puede adaptar.
 - Verbaliza expresiones de rechazo respecto a contactos sociales y/o actividades recreativas.
 - Se muestra aburrido, triste, retraído, etc.
 - Sólo es capaz de identificar las limitaciones y no es capaz de identificar las capacidades que aún puede seguir desarrollando en relación a su entorno social.
 - Comportamiento autodestructivo (consumo excesivo de alcohol, drogas, etc.).
 - Conflictos en el desempeño del rol parenteral.
 - Disminución de la capacidad de los componentes de la familia para relacionarse entre sí de manera positiva.
 - Problemas familiares crónicos.
 - Incapacidad de la familia para satisfacer las necesidades de seguridad de sus miembros o para respetar la individualidad y autonomía de éstos.
 - Falta de habilidad para las relaciones familiares, deterioro de éstas o de las dinámicas familiares.

- Comunicación inefectiva con la pareja o problemas matrimoniales.
- Deterioro en el desempeño del rol o roles familiares.
- Negligencia en el cumplimiento de las obligaciones familiares.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 22

Valoración de la necesidad 13

NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	
ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datos antecedentes: actividades de ocio mantenidas habitualmente y actividades que ha tenido que dejar de realizar; hábitos de vida y ocio; actividades recreativas habituales. ■ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; capacidad de movimientos; integridad de los órganos de los sentidos; integridad de los sistemas nervioso y musculoesquelético; limitaciones que le impone su proceso; problemas actuales en relación a actividades recreativas. ■ Datos de la dimensión psicológica: estado emocional; importancia al tiempo dedicado al ocio/diversión; significado que da a las actividades recreativas; capacidad personal de relacionarse con los demás. ■ Datos de la dimensión sociocultural: tiempo que dedica habitualmente al ocio y a las actividades recreativas; pertenencia a organizaciones deportivas y culturales; recursos personales, familiares, sociales y económicos con que cuenta; posibilidad de acceso a equipamientos públicos y actividades culturales y sociales en el barrio o pueblo. ■ Datos de la dimensión espiritual: limitaciones o requerimientos en esta necesidad relacionadas con sus creencias y valores; preceptos religiosos.
EXPLORACIÓN FÍSICA	Lo mismo que las dos anteriores, incluye la observación de gestos y posturas así como de signos de angustia, nerviosismo, ansiedad e incomunicación. Además: grado de movilidad física; uso de aparatos o prótesis; capacidad sensorial; presencia de dolor u otra sintomatología.
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elige entre las distintas alternativas de ocio existentes: cine, TV, radio, prensa, lectura, baile, etc. ■ Es capaz de utilizar su tiempo libre para realizar actividades de ocio que le resulten satisfactorias. ■ Presenta deseos y facilidad para el juego (niño). ■ Muestra buen humor. ■ Recibe visitas agradables con frecuencia. ■ Dispone de recursos económicos que le permitan realizar actividades de ocio. ■ Tiene capacidad para utilizar los recursos comunitarios en la medida que los necesita.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afirmaciones que expresan aburrimiento, deseos de tener algo que hacer. ■ Alteración en la participación social. ■ Dificultad para realizar los pasatiempos habituales. ■ Desconoce o no sabe cómo utilizar la oferta de ocio existente en su comunidad. ■ Se muestra aburrido.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 23

Valoración de la necesidad 14

NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES	
ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos antecedentes: educación recibida; nivel de estudios; defectos congénitos; problemas psiquiátricos; historia de medicamentos; conocimientos que posee acerca de su situación de salud/enfermedad actual. ▪ Datos de la dimensión biofisiológica: edad y etapa de desarrollo; integridad de las estructuras cerebrales; funcionamiento de los órganos de los sentidos; nivel mental; dificultad para el aprendizaje. ▪ Datos de la dimensión psicológica: grado de motivación; estado emocional; capacidad intelectual; periodo de adaptación a la enfermedad. ▪ Datos de la dimensión sociocultural: personas o materiales a los que recurre cuando desea saber algo sobre su salud; información que le gustaría obtener acerca de su salud, enfermedad, tratamiento, medicación, grupos de apoyo, hábitos de vida u otros aspectos; disponibilidad de servicios educativos; grado de evolución del medio familiar; importancia de la enseñanza dentro de los cuidados de enfermería. ▪ Datos de la dimensión espiritual: actitud ante el conocimiento y la modificación de actitudes o valores; valor que se le da a la educación o información sobre salud o enfermedad.
EXPLORACIÓN FÍSICA	<p>Recogerá datos sobre factores que puedan dificultar el aprendizaje: déficits sensoriales; trastornos perceptivos; falta de memoria; mal estado general; dolor; entorno inadecuado; estado emocional.</p>
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aprendizajes adquiridos a lo largo de su trayectoria personal los relaciona con las demandas actuales y con las nuevas demandas que van apareciendo. ▪ Manifiesta interés por aprender. ▪ Está interesada y siente curiosidad por lo que ocurre en su entorno. ▪ Es capaz de identificar sus propias carencias de conocimientos útiles o significativos para ella. ▪ Manifiesta estrategias que le permiten controlar las posibles limitaciones que tiene: reglas nemotécnicas para recordar datos o información significativa, etc. ▪ No manifiesta angustia si no puede seguir el ritmo de los nuevos conocimientos que presenta nuestra sociedad actual. ▪ Detecta y manifiesta las pérdidas cognitivas que pueden aparecer y es capaz de razonarlas y busca ayuda.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manifiesta dificultades importantes en relación a la capacidad de su memoria y nivel de comprensión. ▪ No es capaz de relacionar conocimientos del mundo actual con aprendizajes que adquirió en etapas anteriores. ▪ Presenta dificultades de la toma de decisiones de carácter cotidiano. ▪ Se siente aislada. ▪ No puede disfrutar de espacios personales que le faciliten las relaciones y formas de comunicación satisfactoria.

Fuente: Elaboración propia

PROPUESTAS PARA LA ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Dentro del proceso enfermero la etapa de diagnóstico cobra especial significado. El diagnóstico se convierte en el punto central del proceso de cuidados como referente del plan, ya que proporciona los elementos para determinar los objetivos a conseguir, las acciones a realizar y los elementos de referencia para evaluar los progresos de la persona atendida.

El desarrollo de los diagnósticos se encuentra, gracias a la NANDA, en una etapa muy productiva internacionalmente y España no escapa a esta realidad.

En Europa se han constituido asociaciones para promover un lenguaje común enfermero a través de los diagnósticos de enfermería; tal es el caso de la ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes, 2015), organización creada en 1995 para promover el desarrollo del lenguaje profesional de enfermería y proporcionar una red en toda Europa para las enfermeras interesadas en el desarrollo de un lenguaje común para describir la práctica de la enfermería, y de la AFEDI (Association Francophone Européenne des Diagnostics Interventions Résultats Infirmiers, 2015), entre cuyos objetivos se encuentran promover y enriquecer los diagnósticos de enfermería; desarrollar diagnósticos, intervenciones y resultados para contribuir a la promoción de la calidad, el reconocimiento y la gestión de la enfermería; participar en investigación internacionales sobre diagnósticos enfermeros, intervenciones y los resultados; desarrollar redes de intercambio.

En nuestro país, también han surgido iniciativas que trabajan para acercar la clasificación que esta asociación propone a la realidad de las enfermeras en diferentes niveles. Las propuestas más relevantes han consistido en:

- La traducción de las publicaciones editadas por la NANDA (Luis, 1996; Ugalde y Rigol, 1995).
- La adaptación de la propuesta de diagnósticos enfermeros NANDA a nuestro contexto a nivel general (Cuesta et al, 1994; Benavent, Camaño y Cuesta,

- 1999; Luis, 2006), con desarrollos de la misma, con el fin de facilitar su utilización y completando los diagnósticos con las acciones correspondientes.
- La propuesta de investigaciones relacionadas con los diagnósticos de Del Pino y Ugalde (1999).
 - El desarrollo de propuestas para ámbitos concretos, como la de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN, 2003).
 - Las propuestas que desarrollan guías específicas de aplicación en atención primaria (Germán, Romero, Nieto y Buljandon, 1996; Campo, García, Val, Núñez, Figueras y Gascón, 2004; Contreras, Báez, Guerrero, Marfil, Morales, Nogales, Ruiz y De Sisto, 2000; Sociedad de Enfermería de Atención Primaria Asturias (SEAPA, 2002).
 - Otras propuestas se desarrollan para grupos específicos: para personas con problemas de salud mental, como la de Alonso, Urbis, Ortiz de Zárate, Ruiz, Lizalde y García, (2008).
 - La creación de grupos de estudio y debate, como la AENTDE (1996), el Grupo de Referencia para los Diagnósticos Enfermeros (GREDE), ya desaparecido, ambos integrados en la NANDA, y el grupo de trabajo sobre la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).
 - La difusión del pensamiento de la NANDA (Giménez, 2000) y la información que elabora la NANDA (Giménez, 1998).
 - El análisis de la utilización de los diagnósticos enfermeros (Bregel, Ferrer, Almagro, Hernández y Rey, 1999; González, Medina y Avelés, 2004).
 - La difusión de resultados de la utilización informatizada de los diagnósticos enfermeros que demuestran su bondad (Fuentes et. al, 2007; Marco, Fonfria, Bellver et al., 2007).

- La revisión, realizada por Joaquín Tomás Sábado, Pilar Fernández, Lidia Fernández y Amor Ardillas, del diagnóstico “*ansiedad ante la muerte*” incluida en la taxonomía NANDA 2001-2002. Dicha revisión fue aprobada por el Comité de Revisión de Diagnósticos en la 4ª Biennial Conference de NANDA, NIC and NOC Alliance celebrada en marzo de 2006 y publicada en la Clasificación 2007-2008 (NANDA, 2008, p. 25).
- El estudio descriptivo y analítico de los diagnósticos de enfermería y su clasificación de la NANDA 2009-2011 (Arribas, Santamaría, Domingo, Sellán, Borrego y Gómez, 2011) publicado por la FUDEN.
- La participación en los procesos de validación, que tiene abierta la NANDA, como es el caso de Adolf Guirao que validó la etiqueta de “*sedentarismo*”. Dicha etiqueta fue aceptada en el año 2004 (NANDA, 2005, p. 193) y renombrada en la clasificación 2012-2014 como “*estilo de vida sedentario*”, incluyéndose en el dominio 1, promoción de la salud, clase 1, toma de conciencia de la salud (NANDA, 2013, p. 152); la etiqueta “*riesgo de deterioro de la función cardiovascular*” validada por Sánchez y Duarte (2013, pp. 1-3) que ha sido incluida en la clasificación y edición de la NANDA-I, 2015-2017, en el dominio 4, actividad/reposo, clase 4, repuestas cardiovasculares/pulmonares (Herdman et al. 2014).

Como quedó recogido en el capítulo 2, en el apartado dedicado a la etapa de diagnóstico, el profesional enfermero en su práctica habitual identifica y formula dos tipos de problemas en la persona: los que puede resolver dentro de su ámbito profesional independiente, llamados diagnósticos de enfermería, y aquellos en los que detecta su inicio o monitoriza su evolución pero su resolución es interdependiente y requiere de la intervención de otro profesional (generalmente el médico), denominados problemas interdependientes, interdisciplinarios o de colaboración.

Desde el modelo de Henderson hay un tercer tipo de problemas cuyo examen en la práctica clínica tiene una enorme utilidad para que la enfermera

pueda suplir total o parcialmente a la persona y satisfacer así sus necesidades, son los denominados problemas de autonomía (Luis et al., 2005).

Los problemas de autonomía son aquellos que reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfacen sus necesidades básicas, y la carencia de un agente de autonomía asistida capacitado. La falta de capacidad puede deberse a que aún no se ha adquirido o a que se ha perdido de forma temporal o permanentemente.

Considerados como diagnósticos de enfermería, la taxonomía NANDA no es apropiada en estos casos para enunciar los problemas de autonomía puesto que no se trata de respuestas de la persona que haya que modificar sino de la única conducta posible en ese momento, por ello se recurre a una taxonomía propia elaborada por expertos y teóricos (Morales, 2004). La única actuación posible es suplir a la persona realizando las acciones necesarias para satisfacer algunas de las necesidades básicas que se exponen a continuación, ya que no todas las necesidades permiten este modo de intervención (Alberti, Feliu, Calderón, Sáenz, Serra, Bennasar y Fuster, 2006):

- Alimentación e hidratación.
- Eliminación.
- Movilización.
- Vestido y arreglo personal.
- Mantenimiento de la temperatura corporal.
- Higiene y cuidado de la piel.
- Mantenimiento de la seguridad del entorno.

Para formular los problemas de autonomía basta nombrar la intervención que se llevará a cabo y después añadir el tipo de suplencia, total (ST) o parcial (SP).

En relación al diagnóstico enfermero, éste se define como: el juicio clínico sobre las respuestas de una persona a procesos vitales y/o a problemas (respuesta humana ante una necesidad no satisfecha) de salud reales o potenciales que las enfermeras/os pueden tratar de forma legal e independiente, indicando las actividades de enfermería, independientes, necesarias para que la persona pueda alcanzar un mayor nivel de salud o bienestar y/o para prevenir, resolver o reducir sus problemas.

En la etapa diagnóstica, que incluye los pasos de análisis de los datos y la elaboración de inferencias e hipótesis y la formulación de los problemas detectados, la enfermera ayuda a la persona a identificar el problema que tiene.

Un error frecuente entre los profesionales de enfermería que empiezan a trabajar desde la conceptualización de Henderson es hacer un análisis lineal de los datos; esto es, contemplar cada una de las necesidades de manera aislada sin interrelacionarla con las restantes, lo que conduce a formular un problema distinto en cada necesidad que presente manifestaciones de dependencia (Luis et al., 2000). Aunque este modo de proceder es aceptado por otras teóricas, en el caso de V. Henderson rompe por completo la idea de integridad de la persona que preside su modelo. Esta práctica, aún en aquellos casos en que puede ser aceptable desde el punto de vista del modelo adoptado, conlleva una visión parcial que da lugar a innumerables repeticiones y convierte los planes de cuidados en interminables y farragosos y, por consiguiente, inoperantes e inútiles para la práctica cotidiana.

Del mismo modo, Giménez y Serrano (2008) identifican las siguientes imprecisiones, errores y omisiones en el proceso de diagnóstico enfermero:

- Ausencia de datos de valoración que permitan contrastar la presencia de manifestaciones que sustenten el juicio diagnóstico. En ocasiones se dispone de datos de valoración, pero son escasos, insuficientes o irrelevantes desde la perspectiva enfermera.
- Falta de valoración focalizada ante la evidencia de alteraciones, que permita validar la existencia del diagnóstico enfermero o identificar los factores relacionados. Es especialmente relevante la carencia de valoración focalizada

en lo que a fuentes de dificultad se refiere y que, en última instancia, es la información la que va a permitir discriminar entre un diagnóstico enfermero o un problema de colaboración.

- Síntomas etiquetados como diagnósticos, cuyos factores relacionados frecuentemente son la enfermedad y el tratamiento médico-quirúrgico. Fundamentalmente, aquí se produce una equiparación directa entre el diagnóstico enfermero y signos/síntomas de una patología y/o efecto secundario de un fármaco o de la realización de una prueba diagnóstica.
- Etiquetar como diagnóstico enfermero problemas de salud que no pueden ser resueltos de forma autónoma por la enfermera o cuya solución depende del tratamiento prescrito por otro profesional, lo que se conoce como problemas de colaboración. Los factores relacionados en estos casos, casi siempre, son la enfermedad, sus manifestaciones o los tratamientos médico-quirúrgicos.
- Ausencia de identificación de los problemas de colaboración del individuo en los que la enfermera debe intervenir, vigilando y controlando su aparición o evolución y, en su caso, administrando el tratamiento prescrito por otro profesional. Todo ello constituye una verdadera falta de visualización del trabajo enfermero, con las consecuentes repercusiones en el ámbito de la organización del trabajo y la gestión, además de impedir la contribución al conocimiento enfermero en esta área.
- Desconocimiento del individuo/familia de los diagnósticos emitidos por la enfermera o falta de reconocimiento del individuo/familia del diagnóstico propuesto por la enfermera, lo que genera confusión y supone la invalidación del mismo.

Por otra parte, la taxonomía de la NANDA incluye algunas etiquetas de conceptos diagnósticos que pueden confundir o inducir a una utilización imprecisa si no se ha realizado previamente la oportuna valoración focalizada que permita distinguirlos de un síntoma, del efecto secundario de un tratamiento o de cualquier otro problema de colaboración. Además hay que tener en cuenta, que no todos los diagnósticos de esta taxonomía son utilizables o factibles para cualquier enfermera y en cualquier contexto. Existen países (EE.UU y Canadá) donde se ha desarrollado esta taxonomía y en los que las enfermeras tienen competencias para

diagnosticar y tratar problemas de salud diferentes a los que los profesionales de enfermería pueden tratar en este país.

Así, la junta directiva de la AENTDE en septiembre de 2001 se propuso comenzar a estudiar la validez de la taxonomía II de la NANDA en España (González Gutiérrez-Solana, 2008, pp. 6-11). Basándose en la estructura metodológica del modelo de Fehring se propusieron cuatro facetas de la validez de contenido que denominaron “validez intrínseca” de las etiquetas diagnósticas: claridad de la etiqueta, claridad de la definición, coherencia y capacidad de intervención, siendo esta última la que permite conocer la diferencia entre diagnóstico enfermero y problema interdependiente, es decir, las etiquetas diagnósticas en las que la enfermera puede intervenir de forma independiente sin la participación de otro profesional. Para cada etiqueta se calculó un coeficiente ponderado. Así, cuando el coeficiente de capacidad de intervención es inferior a 0,5, se puede afirmar que el problema analizado se aborda desde una perspectiva de colaboración, no pudiéndose, por tanto, plantear como un diagnóstico enfermero.

En este estudio se identificaron las siguientes etiquetas de la NANDA-I con capacidad de intervención inferior a 0,5:

- Retraso en la recuperación quirúrgica.
- Automutilación.
- Deterioro de la dentición.
- Perturbación del campo de energía.
- Riesgo de disreflexia autónoma.
- Privación del sueño.
- Respuesta disfuncional al destete del ventilador.
- Retraso en el crecimiento y desarrollo.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Riesgo de crecimiento desproporcionado.
- Trastorno de la identidad personal.
- Deterioro del intercambio gaseoso.
- Disreflexia autónoma.
- Dificultad para mantener la ventilación espontánea.

- Perfusión tisular ineficaz (especificar: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal o periférica).
- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.
- Disminución del gasto cardíaco.

Además, los diagnósticos de enfermería disponen de dos características o principios fundamentales que los definen y que deben estar presentes en todos ellos para que puedan ser considerados como tal (Arribas et al., 2011, p. 11):

- Abordan situaciones y problemas derivados de las respuestas humanas. Los diagnósticos de enfermería abordan los problemas y situaciones relacionados con las repercusiones de los procesos vitales en la persona. No abordan los procesos vitales, sino la respuesta y adaptación de la persona a los mismos (respuestas humanas). Por este motivo, se centran en la persona y no en la enfermedad como sucede con los diagnósticos médicos donde no se tienen en cuenta las diferentes respuestas de la persona a lo largo del proceso.

Dentro de los procesos vitales están incluidas todas las situaciones (fisiológicas, psicológicas, sociales, evolutivas, culturales y espirituales) que son capaces de producir una alteración en la conducta o en la salud de las personas, dentro de las cuales se encuentran, lógicamente, la enfermedad, pero como un proceso vital más, por lo que los diagnósticos de enfermería no están asociados ni son dependientes de los diagnósticos médicos.

- Definen situaciones y problemas de salud que son susceptibles de ser tratados por la enfermera a través de sus intervenciones. La enfermera actúa como agente sanitario principal responsable de la resolución de los mismos y, por tanto, no puede describir ningún problema o situación sobre el que no pueda actuar.

Siguiendo los trabajos de algunos autores, Peña (2005) y Pérez (2010), se ha elaborado una tabla (tabla 24) con los diagnósticos de enfermería propuestos por NANDA-I en su clasificación 2007-2008 (NANDA, 2007) y, para facilitar su práctica junto con el modelo de Virginia Henderson, se han clasificado según las necesidades incluidas en éste. La clasificación no es estricta ya que existen

diagnósticos que podrían incluirse en varias necesidades. Se ha optado por la clasificación 2007-2008 de NANDA por ser la utilizada en los centros asistenciales durante la realización de esta tesis.

Tras estudiar las definiciones de cada una de las etiquetas diagnósticas, las causas relacionadas y sus características definitorias, se deduce que algunos de estos diagnósticos no identifican la respuesta de la persona ante una situación de salud, sino que se refieren a técnicas o procedimientos o a problemas de colaboración que derivan directamente de la situación patológica; de aquí que, en la tabla que se propone, los diagnósticos hayan sido seleccionados con los colores rojo, naranja y verde, equiparándolos a los colores de un semáforo: **rojo** para aquellos diagnósticos que no deberían usarse, **naranja** para aquellos que se deberían usar con precaución y **verde** para los que sí pueden ser utilizados, precisando el por qué en la columna de observaciones.

TABLA 24

Clasificación de los diagnósticos de la NANDA por necesidades según el modelo de V. Henderson

CÓDIGO DE ETIQUETA	DIAGNÓSTICOS NANDA	OBSERVACIONES
RESPIRAR NORMALMENTE		
00063	Deterioro de la respiración espontánea	Requiere colaboración.
00030	Deterioro del intercambio gaseoso	Requiere colaboración.
00029	Disminución del gasto cardíaco	Requiere colaboración.
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Depende del grado de las manifestaciones.
00032	Patrón respiratorio ineficaz	Requiere colaboración.
00024	Perfusión tisular inefectiva (especificar: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)	Depende del grado de las manifestaciones.
00034	Respuesta disfuncional al destete del ventilador	Depende de la causa.
00036	Riesgo de asfixia	Actividades independientes.
00039	Riesgo de aspiración	Actividades independientes.
COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA		
00102	Déficit de autocuidado: alimentación	Actividades independientes.
00027	Déficit de volumen de líquidos	Actividades independientes.
00002	Desequilibrio de la nutrición por defecto	Actividades independientes.
00001	Desequilibrio de la nutrición por exceso	Actividades independientes.
00103	Deterioro de la deglución	Tratamiento por el médico.
00048	Deterioro de la dentición	Mejor plantearlo como Riesgo.
00160	Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos	No hay posibilidad de mejora.

00163	Disposición para mejorar la nutrición	Actividades independientes.
00026	Exceso de volumen de líquido	Actividades independientes.
00105	Interrupción de la lactancia materna	Ninguna de las causas identificadas por la NANDA puede tratarse de forma independiente.
00106	Lactancia materna eficaz	Actividades independientes.
00104	Lactancia materna ineficaz	Actividades independientes.
00134	Náuseas	Tratamiento por el médico.
00107	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Requiere colaboración.
00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Actividades independientes.
00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	Actividades independientes.
00003	Riesgo de desequilibrio de la nutrición por exceso	Actividades independientes.
ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES		
00110	Déficit de autocuidado: uso del WC	Actividades independientes.
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	Requiere colaboración.
00013	Diarrea	Actividades independientes.
00166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria	No hay posibilidad de mejora.
00011	Estreñimiento	Actividades independientes.
00012	Estreñimiento subjetivo	Actividades independientes.
00014	Incontinencia fecal	Depende de la causa y edad del paciente.
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo	Actividades independientes.
00019	Incontinencia urinaria de urgencia	Actividades independientes.
00020	Incontinencia urinaria funcional	Actividades independientes.
00176	Incontinencia urinaria por rebosamiento	Requiere colaboración.
00018	Incontinencia urinaria refleja	Requiere colaboración.
00021	Incontinencia urinaria total	Requiere colaboración.
00023	Retención urinaria	Requiere colaboración.
00015	Riesgo de estreñimiento	Actividades independientes.
00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	Actividades independientes.
MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS		
00080	Deterioro de la deambulación	No refleja una respuesta de la persona ante una situación de salud.
00090	Deterioro de la habilidad para la traslación	No refleja una respuesta de la persona ante una situación de salud.
00091	Deterioro de la movilidad en la cama	No refleja una respuesta de la persona ante una situación de salud.
00085	Deterioro de la movilidad física	Actividades independientes.

00089	Deterioro de la movilidad física en silla de ruedas	No refleja una respuesta de la persona ante una situación de salud.
00093	Fatiga	Actividades independientes.
00092	Intolerancia a la actividad	Actividades independientes.
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	Requiere colaboración.
00094	Riesgo de intolerancia a la actividad	Actividades independientes.
00040	Riesgo de síndrome de desuso	Actividades independientes.
00168	Sedentarismo	Actividades independientes.

DORMIR Y DESCANSAR

00096	Deprivación de sueño	Tratamiento por especialista en trastornos del sueño.
00198	Deterioro del patrón de sueño (NANDA, 2010)	Actividades independientes
00165	Disposición para mejorar el sueño	Actividades independientes.
00132	Dolor agudo	Puede requerir colaboración.
00133	Dolor crónico	Puede requerir colaboración.
00186	Insomnio	Puede deberse a otro problema.

ESCOGER ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

00109	Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	Actividades independientes.
-------	---	-----------------------------

MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

00007	Hipertermia	Actividades independientes.
00006	Hipotermia	Actividades independientes.
00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	Actividades independientes.
00008	Termorregulación ineficaz	Requiere colaboración.

MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

00108	Déficit de autocuidado: baño/higiene	Actividades independientes.
00046	Deterioro de la integridad cutánea	Actividades independientes.
00044	Deterioro de la integridad tisular	Puede requerir colaboración.
00045	Deterioro de la mucosa oral	Actividades independientes.
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Actividades independientes.

EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTROS

00071	Afrontamiento defensivo	Etiología pendiente de desarrollo.
-------	-------------------------	------------------------------------

00077	Afrontamiento inefectivo de la comunidad	Actividades independientes.
00146	Ansiedad	Actividades independientes.
00151	Automutilación	Tratamiento por Salud Mental.
00049	Capacidad adaptativa intracraneal disminuida	Requiere colaboración.
00116	Conducta desorganizada del lactante	Actividades independientes.
00128	Confusión aguda	Requiere colaboración.
00129	Confusión crónica	Requiere colaboración.
00181	Contaminación	Requiere colaboración.
00123	Desatención unilateral	Requiere colaboración.
00131	Deterioro de la memoria	Puede requerir colaboración.
00117	Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante	Actividades independientes.
00186	Disposición para mejorar el estado de inmunización	No hay posibilidad de mejora.
00009	Disreflexia autónoma	Tratamiento médico urgente.
00079	Incumplimiento del tratamiento (especificar)	Actividades independientes.
00081	Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad	Actividades independientes.
00072	Negación ineficaz	Actividades independientes.
00050	Perturbación del campo de energía	Actividades independientes.
00043	Protección inefectiva	Usar otros más específicos.
00041	Respuesta alérgica al látex	Los factores relacionados no reflejan un problema que las enfermeras puedan abordar de forma independiente.
00111	Retraso en el crecimiento y desarrollo	Requiere colaboración.
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica	Requiere colaboración.
00139	Riesgo de automutilación	Puede requerir colaboración.
00155	Riesgo de caídas	Actividades independientes.
00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante	Actividades independientes.
00173	Riesgo de confusión aguda	Actividades independientes.
00180	Riesgo de contaminación	Actividades independientes.
00113	Riesgo de crecimiento desproporcionado	Actividades independientes.
00178	Riesgo de deterioro de la función hepática	Requiere colaboración.
00010	Riesgo de disreflexia autónoma	Actividades independientes.
00179	Riesgo de glucemia inestable	Actividades independientes.
00004	Riesgo de infección	Actividades independientes.
00037	Riesgo de intoxicación	Actividades independientes.
00035	Riesgo de lesión	Actividades independientes.
00087	Riesgo de lesión perioperatoria	Puede requerir colaboración.

00042	Riesgo de respuesta alérgica al látex	Los factores de riesgo identificados no están dentro del ámbito de competencia enfermera.
00112	Riesgo de retraso en el desarrollo	Puede requerir colaboración.
00149	Riesgo de síndrome de estrés del traslado	Actividades independientes.
00145	Riesgo de síndrome postraumático	Actividades independientes.
00150	Riesgo de suicidio	Requiere colaboración.
00038	Riesgo de traumatismo	Actividades independientes.
00140	Riesgo de violencia autodirigida	Puede requerir colaboración.
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	Puede requerir colaboración.
00156	Riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante	Su prevención debe abordarse en la educación sanitaria a los padres.
00114	Síndrome de estrés del traslado	Actividades independientes.
00141	Síndrome postraumático	Puede requerir colaboración.
00142	Síndrome traumático de la violación	Actividades independientes.
00143	Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta	Actividades independientes.
00144	Síndrome traumático de la violación: reacción silenciosa	Actividades independientes.
00148	Temor	Actividades independientes.
00188	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	Actividades independientes.
00122	Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visuales, auditivas, cenestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias)	Actividades independientes.
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	Etiología pendiente de desarrollo.
00154	Vagabundeo	Requiere colaboración.
COMUNICARSE CON LOS DEMÁS		
00053	Aislamiento social	Actividades independientes.
00051	Deterioro de la comunicación verbal	Actividades independientes.
00052	Deterioro de la interacción social	Actividades independientes.
00059	Disfunción sexual	Actividades independientes.
00157	Disposición para mejorar la comunicación	No es competencia de enfermería. Remitirla a otro profesional.
00065	Patrón sexual inefectivo	Actividades independientes.
00054	Riesgo de soledad	Actividades independientes.
00127	Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno	Requiere colaboración.
VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES		
00137	Aflicción crónica	Puede requerir de Salud Mental.
00147	Ansiedad ante la muerte	Actividades independientes.

00083	Conflicto de decisiones (especificar)	Actividades independientes.
00124	Desesperanza	Actividades independientes.
00169	Deterioro de la religiosidad	No compete a enfermera.
00068	Disposición para mejorar el bienestar espiritual	Actividades independientes.
00185	Disposición para mejorar la esperanza	Actividades independientes.
00171	Disposición para mejorar la religiosidad	No compete a enfermera.
00184	Disposición para mejorar la toma de decisiones	Actividades independientes.
00136	Duelo	Actividades independientes.
00136	Duelo anticipado (NANDA, 2005)	Actividades independientes.
00135	Duelo disfuncional (NANDA, 2005)	Actividades independientes.
00125	Impotencia	Todas las etiologías de la NANDA requieren interdependencia.
00174	Riesgo de compromiso de la dignidad humana	Actividades independientes.
00170	Riesgo de deterioro de la religiosidad	No compete a enfermera.
00172	Riesgo de duelo complicado	Actividades independientes.
00152	Riesgo de impotencia	Actividades independientes.
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual	Actividades independientes.
00066	Sufrimiento espiritual	Actividades independientes.
00175	Sufrimiento moral	Actividades independientes si guardan relación con decisiones relativas a la salud.

OCUPARSE DE ALGO...

00074	Afrontamiento familiar comprometido	Actividades independientes.
00073	Afrontamiento familiar incapacitante	Actividades independientes.
00069	Afrontamiento inefectivo	Actividades independientes.
00119	Baja autoestima crónica	Actividades independientes.
00120	Baja autoestima situacional	Actividades independientes.
00061	Cansancio del rol de cuidador	Actividades independientes.
00084	Conductas generadoras de salud (especificar)	Actividades independientes.
00064	Conflicto del rol parenteral	Actividades independientes.
00055	Desempeño inefectivo del rol	Actividades independientes.
00079	Deterioro de la adaptación (NANDA, 2005)	Actividades independientes.
00098	Deterioro en el mantenimiento del hogar	Actividades independientes.
00056	Deterioro parental	Actividades independientes.
00158	Disposición para mejorar el afrontamiento	Actividades independientes.

00075	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	Actividades independientes.
00167	Disposición para mejorar el autoconcepto	Actividades independientes.
00183	Disposición para mejorar el bienestar	Actividades independientes.
00164	Disposición para mejorar el rol parental	Actividades independientes.
00187	Disposición para mejorar la capacidad	Actividades independientes.
00159	Disposición para mejorar los procesos familiares	Actividades independientes.
00177	Estrés por sobrecarga	Actividades independientes.
00101	Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo	Puede requerir colaboración.
00060	Interrupción de los procesos familiares	Actividades independientes.
00082	Manejo efectivo del régimen terapéutico	Actividades independientes.
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico (especificar)	Actividades independientes.
00080	Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar	Actividades independientes.
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	Actividades independientes.
00063	Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo	Puede requerir de Salud Mental.
00153	Riesgo de baja autoestima situacional	Actividades independientes.
00062	Riesgo de cansancio del rol de cuidador	Actividades independientes.
00058	Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño	Actividades independientes.
00057	Riesgo de deterioro parental	Actividades independientes.
00121	Trastorno de la identidad personal	Carencia de características definitorias y de factores relacionados.
00118	Trastorno de la imagen corporal	Actividades independientes.
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS		
00097	Déficit de actividades recreativas	Actividades independientes.
APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER		
00126	Conocimientos deficientes (especificar)	Actividades independientes.
00076	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	Actividades independientes.
00182	Disposición para mejorar el autocuidado	Actividades independientes.
00117	Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante	Actividades independientes.
00162	Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico	Sustituir por Manejo efectivo del régimen terapéutico.
00161	Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)	Actividades independientes.

Fuente: Elaboración propia

PROPUESTAS PARA LA ETAPA DE PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en diseñar y poner en práctica estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en la etapa de diagnóstico, así como para promocionar la salud.

Como síntesis se podría decir que en la etapa de planificación:

- Se analizan los resultados de la etapa de diagnóstico para tratar de establecer una prioridad de atención e identificar aquellos diagnósticos que implican un mayor riesgo para la vida y para el bienestar de la persona.
- Se incorpora una propuesta de posibles soluciones a los diagnósticos identificados.
- Se establecen los patrones que permitirán evaluar el resultado de las acciones realizadas y su efecto en la persona.
- Se recogen las acciones concretas y adecuadas a cada persona para poder resolver los diagnósticos.

Estas acciones que comporta la planificación permiten diferenciar en ella cuatro fases:

- a) Fase de priorización.
- b) Fase de formulación de objetivos.
- c) Fase de determinación de las actividades.
- d) Fase de registro del plan.

Esta división en fases ha de tener el mismo sentido que tiene la división del proceso de enfermería en etapas, ya que se trata de una manera de organizar unos contenidos para facilitar su estudio y aprendizaje. Dicha división no debe hacer perder el carácter global que tienen todas las etapas del instrumento

metodológico que se utiliza en el proceso de cuidar en enfermería y la interrelación que existe entre ellas (Benavent et al., 2009).

A) Propuestas para la fijación de prioridades

Priorizar no significa perder la visión de conjunto de los problemas que presenta la persona. La determinación de prioridades estará influida por el análisis de la totalidad de los problemas y cómo éstos afectan a su salud.

Algunos autores (Alfaro, 2003; Kozier et al., 2005; Ackley y Ladwig, 2011; Meneses, 2011) proponen la pirámide de necesidades de Maslow como método para priorizar los diagnósticos enfermeros.

Aunque V. Henderson no proporciona criterios específicos de priorización en sus necesidades y determina que todas son igualmente esenciales para mantener la integridad, parece que el orden de sus 14 necesidades básicas puede ser un buen método de priorización una vez los diagnósticos enfermeros hayan sido identificados según estas necesidades.

Se propone, por tanto, como criterios de priorización para los diagnósticos identificados los siguientes:

Prioridad 1: aquellos diagnósticos relacionados con las necesidades de respirar normalmente, alimentarse e hidratarse adecuadamente, eliminar por todas las vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, escoger ropa adecuada (vestirse y desvestirse), mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Prioridad 2: diagnósticos relacionados con las necesidades de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel y evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

Prioridad 3: diagnósticos relacionados con la necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores.

Prioridad 4: diagnósticos relacionados con la necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

Prioridad 5: diagnósticos relacionados con las necesidades de ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal, participar en actividades recreativas y aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

No obstante, en el momento de priorizar los problemas identificados, se deberían tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La percepción que tiene el paciente de sus problemas y de sus prioridades. Esta consideración será esencial para la enfermera, puesto que la colaboración de la persona en su proceso de cuidados estará en función de lo que entienda como prioritario en su situación de salud. Hay que señalar que la participación del paciente en la priorización no podrá ser la misma en todas las situaciones de cuidados y, por tanto, la enfermera tendrá que valorarla en función de:
 - La comprensión que tiene la persona de su situación actual.
 - La capacidad psíquica e intelectual para resolver problemas.
- La existencia de diagnósticos de riesgo que necesiten ser atendidos prioritariamente respecto a otro/s diagnóstico/s reales.

B) Propuestas para el establecimiento de objetivos

Aunque existen concepciones diversas, y a veces contradictorias, respecto a los términos meta, misión, propósito y objetivo, a efectos prácticos es preferible utilizar con carácter general la expresión "objetivo" para referirse a los enunciados de los estados o comportamientos hacia los cuales se dirigen las acciones de un plan de cuidados.

Los objetivos no deben ser un mero enunciado teórico de intenciones, sino que tienen que ser útiles, factibles y realistas; por ello es preciso que estén en

consonancia con los recursos materiales y humanos disponibles, que sean pertinentes y lógicos, que coincidan con las aspiraciones y necesidades del paciente y que sean compatibles con otros objetivos dentro del mismo plan (Ramos, 2009). Además de delimitar la situación deseada y de orientar el curso de las acciones, los objetivos son también el instrumento clave para evaluar más tarde los resultados del plan de cuidados.

Los objetivos en el plan de cuidados indican lo que la enfermera espera que el paciente sea capaz de alcanzar, por tanto, son acciones que tendrá que realizar éste. Deben formularse en forma de resultados esperados del paciente y en términos de conductas observables o cambios mensurables y realistas. No deben confundirse con los resultados, puesto que un resultado puede ser un dato, pero un objetivo siempre significa un logro. Los objetivos expresan acciones que serán desarrolladas y por ello siempre se comienza su enunciado con un verbo en futuro. La elección del verbo adecuado, en la formulación de objetivos, es fundamental, ya que éstos estarán predeterminando las posibles respuestas (Tobar, 2010).

Para que un objetivo (resultado esperado del paciente) esté formulado o redactado adecuadamente debe responder a:

- Sujeto: **Quién** tendrá que conseguir el objetivo. Será quien deberá expresar la acción que se señala como objetivo. Puede ser el individuo, un aspecto de éste o la familia.
- Verbo: **Qué** cambio se espera alcanzar. Se refiere a la acción que el sujeto realizará. En definitiva el cambio de conducta esperado.
- Criterio: **Cuánto** se espera alcanzar con el cambio. Acompaña al verbo y describe, concreta o matiza la acción que expresa dicho verbo dentro del objetivo. Implica la cantidad/calidad. Debe ser expresado en número, si es posible, puesto que implica el grado que el individuo realizará cierta conducta.
- Condición: **Cómo** deben ser las circunstancias bajo las que se espera alcanzar la conducta. Es un elemento de acompañamiento del objetivo. Su función es

indicar la exigencia de algún requisito o ayuda para conseguir la acción que se expresa en el objetivo. No todos los objetivos tienen condición; si ésta es importante se debe explicar; si no, puede omitirse pues, probablemente, esté descrita en las actuaciones de enfermería.

- Tiempo: ***Cuándo*** alcanzará la meta. Indica el momento en el que se espera obtener el resultado esperado. Es fundamental para hacer referencia a cuándo ha de evaluarse.

En el modelo de Henderson, los objetivos del plan de cuidados deben dirigirse a reducir o eliminar las fuentes de dificultad de la persona (falta de fuerza -física y/o psíquica-, falta de voluntad y/o falta de conocimientos), es decir, hacia las áreas de dependencia identificadas en la etapa de valoración que llevaron a la formulación de diagnósticos. Por lo tanto, deberían formularse objetivos hacia:

- ***Funcionamiento integral de la persona o parte de su organismo***: se incluyen las manifestaciones que indican la normalidad en las funciones y aspectos corporales.
- Falta de fuerza física: ***Área Psicomotora***. Referidos al desarrollo de capacidades motoras, implicando destrezas y habilidades y actos que precisan coordinación neuromuscular.
- Falta de voluntad y falta de fuerza psíquica: ***Área Afectiva***. Capacidades que se relacionan con cambios de actitudes, sentimientos, valores, etc. Son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas.
- Falta de conocimientos: ***Área Cognitiva***. Capacidades asociadas a la adquisición de conocimientos o capacidades intelectuales. Estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el

aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración).

El error más frecuente en la redacción de objetivos es la utilización de verbos que no definen lo que la persona debe hacer, refiriéndose a conductas observables y medibles (Granados, 2006; Montes, 2010).

Se describen, a continuación, algunos verbos medibles a utilizar en la formulación de objetivos dirigidos a reducir o eliminar las fuentes de dificultad de la persona. Los verbos aparecen en tiempo futuro y en tercera persona tal y como deben establecerse en el plan de cuidados (tablas 25, 26 y 27).

- PARA OBJETIVOS DIRIGIDOS A REDUCIR O ELIMINAR LA FALTA DE FUERZA

TABLA 25

Verbos utilizados para formular objetivos dirigidos a reducir o eliminar la falta de fuerza

NIVEL	DESCRIPCIÓN	VERBOS
PERCEPCIÓN	La persona reconoce a través de sus sentidos y su cuerpo la disposición física y ambiental que le rodea. Se podría decir que es la fase pasiva del aprendizaje psicomotor. La persona y/o la familia:	Escogerá, detectará, identificará, seleccionará.
DISPOSICIÓN	La persona interactúa con su cuerpo y este a la vez puede interactuar con diferentes objetos o herramientas en un contexto y para un fin. La persona y/o la familia:	Iniciará, moverá, procederá, establecerá, demostrará.
RESPUESTA DIRIGIDA	La persona responde a un estímulo o una situación específica con movimientos de su cuerpo. La persona y/o la familia:	Copiará, trazará, seguirá, reproducirá, responderá, reaccionará.
RESPUESTA AUTOMÁTICA	La persona ha aprendido las posibles respuestas ante una situación y las practica para obtener precisión y velocidad. La persona y/o la familia:	Ensamblará, calibrará, acelerará, compondrá, manipulará, organizará.
EJECUCIÓN CONSCIENTE /ADAPTACIÓN	La persona ha aprendido y perfeccionado las posibles respuestas ante una situación y discrimina cómo y cuándo realizarlas en relación con la nueva situación o nuevo contexto. La persona y/o la familia:	Adaptará, alterará, reorganizará, revisará, variará.
CREACIÓN	La persona crea un nuevo patrón de movimientos acorde con las necesidades que requiere cubrir. La persona y/o la familia:	Arreglará, recreará, iniciará, combinará.

Fuente: Elaboración propia. Modificado de Gallardo, 2007

- PARA OBJETIVOS DIRIGIDOS A REDUCIR O ELIMINAR LA FALTA DE VOLUNTAD

TABLA 26

Verbos utilizados para formular objetivos dirigidos a reducir o eliminar la falta de voluntad

NIVEL	DESCRIPCIÓN	VERBOS
TOMA DE CONCIENCIA	Implica que la persona esté atenta a lo que ocurre a su alrededor a partir de actitudes, valores o apreciaciones, con disposición de procesar dicha información a través de sus sentidos. La persona y/o la familia:	Atenderá, colocará, escogerá, observará, otorgará.

RESPUESTA	Deriva en una participación activa pues la persona no sólo capta e interpreta una actitud o un valor sino que da respuesta al mismo. La persona y/o la familia:	Asistirá, contestará, ejecutará, enunciará, leerá, practicará, recitará, redactará, registrará, relatará, seleccionará.
VALORACIÓN	Implica ir de la simple aceptación a un grado más elevado de compromiso por parte de la persona, hacia ciertos valores o actitudes. La persona y/o la familia:	Diferenciará, explicará, iniciará, investigará, justificará.
ORGANIZACIÓN	Organiza y prioriza valores y actitudes. Estas son las claves de este nivel. Se hace un énfasis en especial en comparar, relacionar y sintetizar los valores. La persona y/o la familia:	Combinará, comparará, completará, defenderá, generalizará, modificará, ordenará, organizará, resumirá.
CARACTERIZACIÓN POR MEDIO DE UN COMPLEJO DE VALORES	El sistema de valores que se ha formado controla las conductas del individuo. Su conducta es predecible, y congruente con sus valores. Los objetivos de aprendizaje se enfocan en los patrones de ajuste. La persona y/o la familia:	Actuará, cuestionará, declarará, discriminará, ejecutará, influirá, modificará, practicará, verificará, calificará.

Fuente: Elaboración propia. Modificado de Guzmán, 2007

- PARA OBJETIVOS DIRIGIDOS A REDUCIR O ELIMINAR LA FALTA DE CONOCIMIENTOS

TABLA 27

Verbos utilizados para formular objetivos dirigidos a reducir o eliminar la falta de conocimientos

NIVEL	DESCRIPCIÓN	VERBOS
CONOCIMIENTO	Implica conocimientos de hechos específicos, formas y medios de un determinado campo del saber. Son elementos que deben memorizarse. La persona y/o la familia:	Definirá, repetirá, apuntará, registrará, marcará, recordará, nombrará, relatará, enunciará.
COMPRESIÓN	Aspecto más simple del entendimiento, consiste en captar el sentido directo de una comunicación o de un fenómeno, como la comprensión de una orden escrita u oral o la percepción de lo que ocurrió en cualquier hecho particular. La persona y/o la familia:	Traducirá, reafirmará, discutirá, explicará, expresará, identificará, localizará, transcribirá, revisará, narrará.
APLICACIÓN	Concierne a la interrelación de principios y generalizaciones con casos particulares o prácticos. La persona y/o la familia:	Interpretará, aplicará, usará, empleará, demostrará, practicaré, ilustrará, operará, trazará.
ANÁLISIS	Implica la división de un todo en sus partes y la percepción del significado de las mismas en relación con el conjunto. Comprende el análisis de elementos, de relaciones, etc. La persona y/o la familia:	Distinguirá, analizará, diferenciará, calculará, experimentará, probará, comprobará, contrastará, criticará, investigará, debatirá, examinará, categorizará.
SÍNTESIS	Se refiere a la comprobación de la unión de los elementos que conforman un todo. Puede consistir en la expresión de una comunicación, un plan de operaciones, o la derivación de una serie de relaciones abstractas. La persona y/o la familia:	Compondrá, planeará, propondrá, diseñará, formulará, arreglará, ensamblará, reunirá, construirá, creará, organizará, dirigirá.
EVALUACIÓN	Este tipo de conocimiento compromete una actitud crítica ante los hechos. Se asocia con juicios relativos a la evidencia interna y externa. La persona y/o la familia:	Juzgará, evaluará, tasará, seleccionará, escogerá, valorará, medirá.

Fuente: Elaboración propia. Modificado de Guzmán, 2007

C) Propuestas para la determinación de intervenciones y actividades

Después de analizar los diagnósticos de enfermería, de establecer las prioridades y de proponer los objetivos de resultados, decididos conjuntamente con el paciente, se programan las acciones necesarias para conseguir los resultados propuestos.

Una intervención de enfermería es “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente” (Bulechek et al., 2009; p.3).

Se identifican cuatro tipos de intervenciones de enfermería (Murray y Atkinson, 1996):

- Manejo del entorno: estas intervenciones están relacionadas con el establecimiento de un ambiente terapéutico seguro.
- Intervenciones iniciadas y ordenadas por el médico: se refiere a las intervenciones que derivan del tratamiento médico, prescritas por éste y que las enfermeras deben realizar por el paciente.
- Intervenciones iniciadas por la enfermera y ordenadas por el médico: se refiere a las intervenciones de valoración que la enfermera lleva a cabo y a partir de las cuales puede llegar a identificar problemas de salud que están fuera de su ámbito profesional por lo que necesita de la intervención de otro profesional para resolverlo.
- Intervenciones iniciadas y ordenadas por la enfermera: se refiere a las intervenciones que corresponden al campo de acción específico de la enfermera.

Para Rosalinda Alfaro (2003) la enfermería orienta el diseño de sus intervenciones hacia:

- La realización de valoraciones que le permiten identificar nuevos problemas y ver el estado de los ya existentes.

- La educación sanitaria.
- El asesoramiento de la persona en los procesos de toma de decisiones.
- La consulta con otros profesionales de la salud y derivación del paciente si se considera que el problema lo requiere.
- La realización de acciones específicas de tratamiento para eliminar o reducir los problemas.
- La ayuda a la persona en la realización de actividades por sí misma.

En todas estas propuestas aparecen diferenciadas actividades que pertenecen al ámbito de la actuación enfermera y otras que, aunque no lo son, se incorporan en el proceso de cuidados enfermeros. Estos dos tipos de acciones han sido denominadas independientes o autónomas las primeras y delegadas las segundas. Esta manera de diferenciarlas ha sido altamente perjudicial para el desarrollo del proceso de cuidar en enfermería. En primer lugar, se ha producido una cierta confusión en cuanto a la responsabilidad que las enfermeras asumen en uno u otro caso; también en cuanto a la prioridad en la ejecución de dichas intervenciones (Benavent et al., 2009).

Desde esta perspectiva, el grado de responsabilidad que los profesionales asumen no debe estar en función de esta categorización, ni tampoco la prioridad en la ejecución. La enfermera es la figura cuidadora de la persona y como tal, siempre y cuando ésta no pueda, deberá llevar a cabo todas las acciones necesarias para garantizar su bienestar y conseguir el mayor nivel de calidad posible.

Si se parte de esta premisa, las intervenciones denominadas delegadas no son tal, puesto que se trata de actividades prescritas por otros profesionales al paciente y que él mismo debería llevar a cabo si tuviera capacidad para ello. Así pues, esta delegación no se puede entender como procedente de otro profesional, sino de la propia persona, quien al no poder llevar a cabo dichas acciones, las delega en sus cuidadores. Por lo tanto, la responsabilidad en la realización de este tipo de intervenciones será la misma que para las intervenciones diseñadas a partir de los diagnósticos de enfermería y de los objetivos de resultado.

En cuanto a la prioridad, las acciones deberían verse en su conjunto y siempre buscando el beneficio para la persona. Es frecuente encontrar protocolizadas las intervenciones que se llevan a cabo a partir de los problemas interdependientes o de colaboración en planes de cuidados estandarizados. Es cierto que la utilización de estos planes estandarizados tiene muchas ventajas, pero se entiende que deben ser utilizados, en el proceso de cuidados enfermeros, como guías de orientación y nunca como sustitutorios del proceso de planificación. Un uso indiscriminado de estos planes podría resultar inadecuado, si se parte del criterio de individualización del proceso de cuidar de enfermería.

Actualmente el desarrollo en la gestión sanitaria de los denominados GDR (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), los proyectos de investigación NOC (Clasificación de los Objetivos de Enfermería) y NIC (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería), así como el proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera) conducen al diseño y la utilización de planes de cuidados estandarizados. Caminar en esta dirección no debe hacer olvidar el objetivo de individualización de los cuidados a través del proceso de cuidados enfermeros.

Las intervenciones prescritas deberían encaminarse hacia el área o áreas de dependencia del problema y determinarán las actividades adecuadas en cada caso concreto - actividades de observación, procedimientos de enfermería, actividades de educación para la salud - dependiendo de que éstas vayan dirigidas a eliminar, reducir o modificar la etiqueta diagnóstica (diagnóstico real, de riesgo, de promoción de la salud) o la causa.

Las características y condiciones que deben reunir las intervenciones prescritas en el plan de cuidados enfermero fueron expuestas en el capítulo 2. En cuanto al procedimiento para la determinación de las actividades, se propone responder a tres preguntas como paso previo a dicha determinación. Las respuestas a estas preguntas orientarán este proceso:

- ¿Cuál es la causa del problema?
- ¿Qué se puede hacer para eliminar o reducir la causa?

- ¿Cómo puede la enfermera ayudar a la persona a obtener los resultados esperados?

D) Propuestas para la anotación del plan de cuidados

Dentro de los cambios que se han ido produciendo en la profesión enfermera, el registro de las actividades realizadas se revela como imprescindible para administrar unos cuidados de calidad, sin olvidar el punto de vista legal y el desarrollo de la formación y la investigación en enfermería (León, Manzanera, López y González, 2010). Además, todo paciente tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como atención especializada (Peinado, Carrión, Domínguez, Estepa, Barroso y Zamorano, 2010).

Los registros enfermeros pueden definirse como el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta: valoración, tratamiento recibido y su evolución (Jiménez y Cerrillo, 2010).

La importancia de un buen registro enfermero es patente en todas las circunstancias en que se desenvuelve la labor de los cuidados. Se podría decir que es, además, el soporte indispensable que permite no sólo la evaluación de los cuidados, su calidad y adecuación, sino que también demuestra la existencia de tales cuidados, de manera que si no se registran no se puede afirmar que los cuidados hayan sido realizados, toda vez que no queda constancia de los mismos de forma documental (Mompert y Durán, 2009).

Se proponen, a continuación, los componentes que deberían formar parte del registro de un plan de cuidados independientemente del soporte técnico utilizado y que, al mismo tiempo, resultarán básicos, a posteriori, para la evaluación de la calidad de los mismos y para la investigación en enfermería.

- Diagnósticos de enfermería priorizados: es la opinión de la enfermera acerca de la situación del paciente y los problemas que ha detectado en relación con los cuidados, una vez valoradas las 14 necesidades. Se expresarán utilizando las etiquetas diagnósticas de la NANDA en el formato PES y se acompañarán de las fechas de identificación de cada diagnóstico.
- Objetivos: expresados en forma de resultados esperados del paciente. En algunas ocasiones podrán utilizarse los criterios de resultados NOC.
- Actividades: se hará constar la fecha que señalará el momento en el que se hizo la prescripción de la intervención. Se expresarán de forma clara y concisa, expresadas a través de verbos de acción que destaquen la especificidad de las intervenciones. Benavent, citando a Alfaro, cuando se refiere al registro de las intervenciones de enfermería, diferencia entre actividades o intervenciones y órdenes. El criterio que utiliza para hacer esta diferenciación se refiere a los distintos grados de especificidad de las unas y las otras. Las actividades o intervenciones se refieren más bien a los procesos que se habrán de seguir para poder conseguir los objetivos propuestos, mientras que las órdenes recogen las acciones concretas de dicho proceso (Benavent et al., 2009). En algunas ocasiones podrán utilizarse los criterios de intervenciones NIC.
- Problemas de autonomía.
- Problemas interdependientes o de colaboración.
- Actividades interdependientes.
- Evolución/Evaluación: se hará constar la fecha en que se evalúa el grado de consecución de las intervenciones. Es preciso asegurarse de que el registro recogerá las variaciones que se tengan que efectuar en el plan para que éste pueda dar respuesta a las necesidades de cuidados de la persona.

PROPUESTAS PARA LA ETAPA DE EJECUCIÓN

La ejecución es llevar a cabo las acciones de enfermería planificadas y descritas en el plan de cuidados que permitirán llegar al cumplimiento de los objetivos de resultados de la persona.

En esta etapa, es fundamental determinar la capacidad física e intelectual del usuario para participar en sus propios cuidados con la finalidad de que las intervenciones y las actividades planificadas, en la etapa anterior, permitan mantener la autonomía y la independencia que éste ya posee y, si es posible, aumentarla.

Para llevar a cabo la ejecución de las actividades se establecen tres fases:

- a) **Fase de preparación:** incluye un repaso a todas las etapas anteriores. Podría considerarse como puente entre la planificación y la ejecución ya que comporta acciones denominadas "de pensar".
- b) **Fase de intervención:** momento en el que se realizarán las acciones programadas con garantías de calidad. Ya se habrá determinado la especificidad que requiere cada acción, así como el método para llevarla a cabo y los recursos necesarios para ello.
- c) **Fase de documentación:** registrar todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución, tanto para garantizar la calidad de dicho proceso como por el valor que tiene para el desarrollo de la investigación en enfermería.

Para la fase de intervención proponemos como estrategia de cuidados que, si es necesario y la situación del paciente lo permite, podría identificarse a una persona, familiar o de referencia del paciente, con conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y prescritas por el profesional de enfermería. En este caso la enfermera mantendrá un papel de garante de que éstas se llevan a cabo adecuadamente, evaluando periódicamente la evolución del paciente y la disponibilidad de la persona cuidadora. Coincidimos con Francisco del Rey y Mazarrasa (2006) cuando afirman que incorporar a la cuidadora al plan de cuidados y que se haga cargo de actividades contenidas en él, requiere de una serie de actitudes por parte de la enfermera.

Durante la etapa de ejecución, tanto la enfermera como la cuidadora realizarán las actividades planificadas y en todo momento la cuidadora contará, por parte de la enfermera, con el apoyo, la guía, la enseñanza y los recursos para llevar a cabo las acciones asumidas, evitando así la posible aparición de

problemas en la primera. En esta fase del proceso es importante proporcionar instrumentos técnicos y de soporte para el cuidado, ya que en ningún caso deberá suponer una sobrecarga física, de imaginación o económica para quien se ocupa de cuidar de otro, ni una atención de poca calidad por no disponer de los recursos necesarios para realizar el cuidado correctamente, recursos que por otra parte son habituales en el sistema formal.

PROPUESTAS PARA LA ETAPA DE EVALUACIÓN

La evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el proceso de cuidados enfermeros; es parte integral de cada una de las etapas.

En esta etapa el profesional de enfermería comparará los resultados obtenidos de sus intervenciones con los objetivos de resultado que había previsto durante la planificación, formulará un juicio e identificará los aspectos del plan que merecen ser revisados y ajustados. En el capítulo 2, apartado evaluación del proceso de enfermería, se recogen las distintas fases de la evaluación y los aspectos a evaluar en cada una de ellas. Pero esta manera de entender la evaluación como una revisión de los objetivos, aunque es el primer elemento de la evaluación, no es el único que la enfermera debe evaluar.

Coincidimos con Gaviria (2009) en afirmar que evaluar el proceso del cuidado desde el enfoque sistémico incluye la valoración de la actuación técnica, la valoración de los conocimientos y juicios que llevaron a realizar las acciones de cuidado y de la destreza para ejecutar dichas acciones y la valoración de la relación interpersonal como dimensión fundamental para lograr los objetivos. La discreción, la intimidad, la elección informada del cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad constituyen, entre otras, las virtudes de la relación interpersonal que se debe evaluar.

Acorde con Kozier et al. (2008) proponemos que la evaluación debe llevarse a cabo sobre tres aspectos: la estructura en la que tiene lugar el cuidado, el proceso de cuidar y los resultados de los cuidados:

- a) **Evaluación de la estructura:** proporciona una base para asegurar que se dispone de las condiciones óptimas para el buen funcionamiento en los niveles de calidad esperados; no nos dice cómo funciona, sino cómo debería funcionar si dispusiera de medios adecuados. La evaluación de la estructura de los cuidados de enfermería debe enfatizar en el establecimiento de las normas del recurso humano requerido para brindar el cuidado, su nivel de capacitación y la experiencia en el desempeño de sus funciones.

Los siguientes son criterios de la estructura que se deben evidenciar en enfermería:

- Tiempo para establecer una interrelación eficaz y humana con el paciente. Como lo expresa Henderson, la función de enfermería en el cuidado de los pacientes es compleja y requiere tiempo, pues se inscribe en el mundo subjetivo y de la vida (Henderson, 2000).
- Contenido de los protocolos y de las guías de evidencia científica de enfermería: evaluar si están adaptadas a las necesidades específicas del sujeto del cuidado, si contemplan aspectos del contexto social y cultural y si incluyen las bases filosóficas y científicas de la disciplina (Kérrouac et al., 2005).
- Sistemas de Información: permiten diseñar, ejecutar, planificar y evaluar la gestión del cuidado de enfermería para adaptar las decisiones frente al cuidado (Peya, 2010).

- b) **Evaluación del proceso de cuidados:** el proceso de atención de enfermería, PAE, como estrategia no sólo apoya los procesos pedagógicos para el entrenamiento clínico, sino que también orienta la organización del trabajo enfermero. Proporciona información acerca de la competencia de los profesionales, de sus vivencias y de los recursos que movilizan para el cuidado. El proceso enfermero propicia la relación enfermera-paciente ya que influye en quién da y en quién recibe la acción de cuidar, en el por qué y para qué del cuidado, en el dónde y cuándo se cuida, y en el cómo y con qué se cuida. La evaluación del proceso se relaciona con el desarrollo de mecanismos para conocer las percepciones y significados del sujeto del cuidado que

conlleven a la reorganización de los servicios de enfermería, centrados en el paciente, garantizando una excelente práctica.

- c) **Evaluación de los resultados:** los resultados evidencian los cambios generados, se constituyen en el análisis del impacto de las acciones del cuidado. La evaluación de resultados debe promover la eficacia colectiva a partir del intercambio de conocimientos, vivencias, experiencias de los errores y aciertos que generen cambios en el cuidado.

La evaluación, además de revisar estos componentes, debe permitir evaluar la satisfacción de la persona que recibe los cuidados de enfermería (Phaneuf, 1999). Para ello proponemos la utilización de alguno de los siguientes instrumentos:

- **Instrumento CARE/Q:** determina el grado de satisfacción tanto del personal de enfermería que brinda el cuidado como de las personas que lo reciben. Consiste en 50 preguntas agrupadas en 5 categorías o subescalas de comportamiento de la enfermera: es accesible, explica y facilita, conforta y anticipa, mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento (Huércanos, 2011).
- **Instrumento CARE/SAT:** es una variedad del CARE/Q, que consta de 21 ítems más y utiliza escalas visuales analógicas para medir la satisfacción total con los cuidados de enfermería (Ramírez y Parra, 2011).
- **Instrumento Caring Behaviors Inventory (CBI):** identifica la percepción del cuidado en los pacientes y en las enfermeras. En la enfermera incluye aspectos tales como expresión de bienestar manifestada después de la consulta, comportamiento en el cuidado brindado, conocimiento científico para satisfacer las necesidades del paciente; y en el paciente, si es considerado como persona humana, respeto, amabilidad, interés por sus necesidades afectivas, paciencia y comprensión (Camargo y Caro, 2009).

- **Instrumento Caring Assessment Tools Cat:** mide la percepción del paciente sobre las actividades del cuidado de enfermería. Evalúa los factores del cuidado de Watson: humanismo, fe, ayuda, sensibilidad, ayuda verdadera, expresión de sentimientos positivos y negativos, enseñanza y aprendizaje, ambiente de soporte y asistencia a las necesidades humanas (Watson, 2008).

4.2. FASE 2. IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE SALUD, FUNDAMENTADAS EN EL MODELO DE HENDERSON ACTUALIZADO, DE LA POBLACIÓN ASISTIDA DEL CAMPO DE GIBRALTAR

En primer lugar, se enumeran el total de episodios asistenciales para las 14 necesidades básicas del modelo de Henderson identificados a través de las etiquetas diagnósticas de la NANDA, incluidos en los programas informáticos Azahar y Diraya, aportados por el Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar (AGSCG) para el año de estudio (2010), así como la frecuencia de los mismos atendiendo al género y a la agrupación por municipios del Campo de Gibraltar. Se ha utilizado el concepto “episodios asistenciales” dado que su uso evita la problemática de evaluar los reingresos hospitalarios o las repetidas consultas en los centros de atención primaria. Dicho concepto, hace referencia fundamentalmente a un término relativo de carga asistencial más que al aspecto puramente epidemiológico. Del mismo modo, se han computado medidas, por primera vez a nivel comarcal, como son las tasas de incidencia con datos agregados para los episodios asistenciales por etiqueta diagnóstica y necesidades.

4.2.1. EPISODIOS ASISTENCIALES

Se han analizado 44.828 Episodios Asistenciales, de los cuales fueron excluidos 14.367:

- 1.495 por pertenecer a personas no residentes en el Campo de Gibraltar.
- 7.674 por no contener Diagnósticos de Enfermería.
- 5.198 por incluir sólo Diagnósticos Enfermeros de Promoción de la Salud.

Resultando un total de 30.461 Episodios Asistenciales objetos de estudio.

En el gráfico 1, se presenta la distribución de los episodios asistenciales identificados por municipios de la comarca del Campo de Gibraltar.

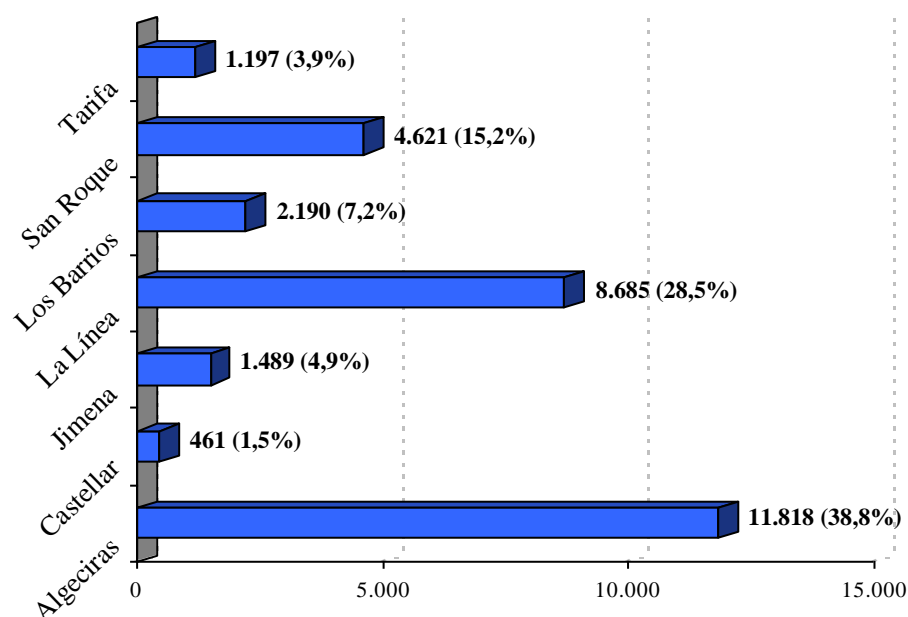


GRÁFICO 1

Distribución de los Episodios Asistenciales por municipios del Campo de Gibraltar

Resulta evidente que para tener una idea certera de la magnitud del problema es necesario relacionar los episodios asistenciales con la proyección de la población para cada municipio de la comarca, calculando las correspondientes tasas de incidencia. La distribución de las poblaciones adscritas a los diferentes municipios es la presentada en la tabla 28.

TABLA 28

Población adscrita a los diferentes municipios de la comarca del Campo de Gibraltar, proyección de población año 2010

MUNICIPIO	GÉNERO	HABITANTES	TOTAL HABITANTES	PORCENTAJE
ALGECIRAS	Hombres	58.271	117.810	44,11
	Mujeres	59.539		
CASTELLAR	Hombres	1.606	3.187	1,19
	Mujeres	1.581		
JIMENA	Hombres	5.405	10.447	3,91
	Mujeres	5.042		
LA LÍNEA	Hombres	32.068	64.944	24,32
	Mujeres	32.876		
LOS BARRIOS	Hombres	11.518	22.853	8,56
	Mujeres	11.335		
SAN ROQUE	Hombres	15.078	29.965	11,22
	Mujeres	14.887		
TARIFA	Hombres	9.105	17.856	6,69
	Mujeres	8.751		
COMARCA	Hombres	133.051	267.062	100
	Mujeres	134.011		

Fuente: INE. Elaboración propia

Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia Anual

Se han calculado las *tasas de incidencia con datos agregados* de los episodios asistenciales por municipios del Campo de Gibraltar. Los resultados son los expresados en la tabla 29, donde los denominadores empleados son las proyecciones de la población a mitad del período, es decir, a 1 de julio de 2010, facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística.

TABLA 29

Episodios asistenciales (EA), proyección de población (PP) a mitad del periodo y tasa de incidencia (TI) (personas-periodo de seguimiento) 2010

Municipios CG	EA	PP	TI	TI por mil	IC (95%)TI por mil
ALGECIRAS	11.818	117.810	0,10031	100,31	93,98-106,63
CASTELLAR	461	3.187	0,14465	144,65	139,37-149,92
JIMENA	1.489	10.447	0,14252	142,52	137,21-147,82
LA LÍNEA	8.685	64.944	0,13373	133,73	128,24-139,21
LOS BARRIOS	2.190	22.853	0,09582	95,82	89,32-102,31
SAN ROQUE	4.621	29.965	0,15421	154,21	149,11-159,30
TARIFA	1.197	17.856	0,06703	67,03	59,30-74,75
COMARCA	30.461	267.062	0,11405	114,05	108,12-119,97

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG e INE. Elaboración propia

En la tabla anterior se observa cómo hay municipios donde la tasa de incidencia anual, de episodios asistenciales, está por encima de la comarcal; tal es el caso de municipios, de menor a mayor, como La Línea, Jimena, Castellar, o muy por encima como San Roque. Por debajo de la tasa anual comarcal se encuentran Los Barrios, Algeciras y muy por debajo Tarifa.

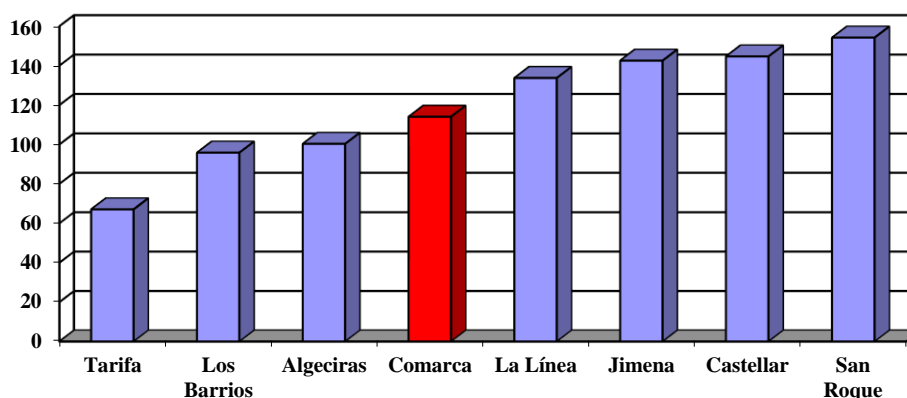


GRÁFICO 2

Tasa de incidencia anual de episodios asistenciales por municipios del Campo de Gibraltar

Distribución de los Episodios por Sexos, Municipios y Razón

A continuación se han estudiado los episodios asistenciales por género.

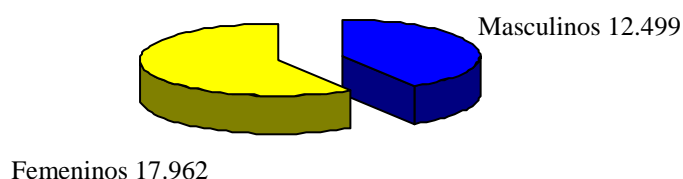


GRÁFICO 3

Distribución de los Episodios Asistenciales por Género

Así, la distribución por sexo queda reflejada en la tabla 30.

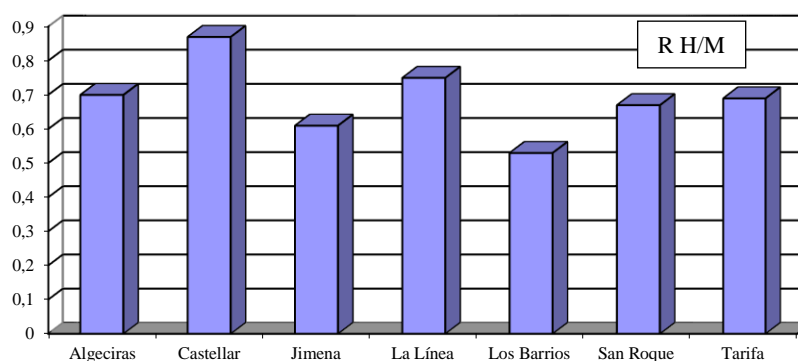
TABLA 30

Episodios asistenciales (EA), proyección de población (PP) a mitad del periodo y tasa de incidencia (TI) (personas-periodo de seguimiento) 2010, según género y razón hombre/mujer (R H/M) (*M = Masculinos, F = Femeninos*)

Municipios CG		EA	PP	TI	TI por mil	IC (95%) TI por mil	R H/M
ALGECIRAS	M	4.902	58.271	0,08412	84,12	78,16-90,08	0,70
	F	6.916	59.539	0,11615	116,15	109,75-122,55	
CASTELLAR	M	215	1.606	0,13387	133,87	129,13-138,61	0,87
	F	246	1.581	0,15559	155,59	150,05-161,12	
JIMENA	M	564	5.405	0,10434	104,34	98,98-109,7	0,61
	F	925	5.042	0,18345	183,45	178,36-188,54	
LA LÍNEA	M	3.720	32.068	0,11600	116,00	110,93-121,07	0,75
	F	4.965	32.876	0,15102	151,02	145,41-156,63	
LOS BARRIOS	M	762	11.518	0,06615	66,15	59,43-72,87	0,53
	F	1.428	11.335	0,12598	125,98	119,82-132,14	
SAN ROQUE	M	1.848	15.078	0,12256	122,56	117,61-127,51	0,67
	F	2.773	14.887	0,18626	186,26	181,21-191,31	
TARIFA	M	488	9.105	0,05359	53,59	46,09-61,09	0,69
	F	709	8.751	0,08101	81,01	73,36-88,66	
COMARCA	M	12.499	133.051	0,09394	93,94	88,28-99,6	0,70
	F	17.962	134.011	0,13403	134,03	128,08-139,98	

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG e INE. Elaboración propia

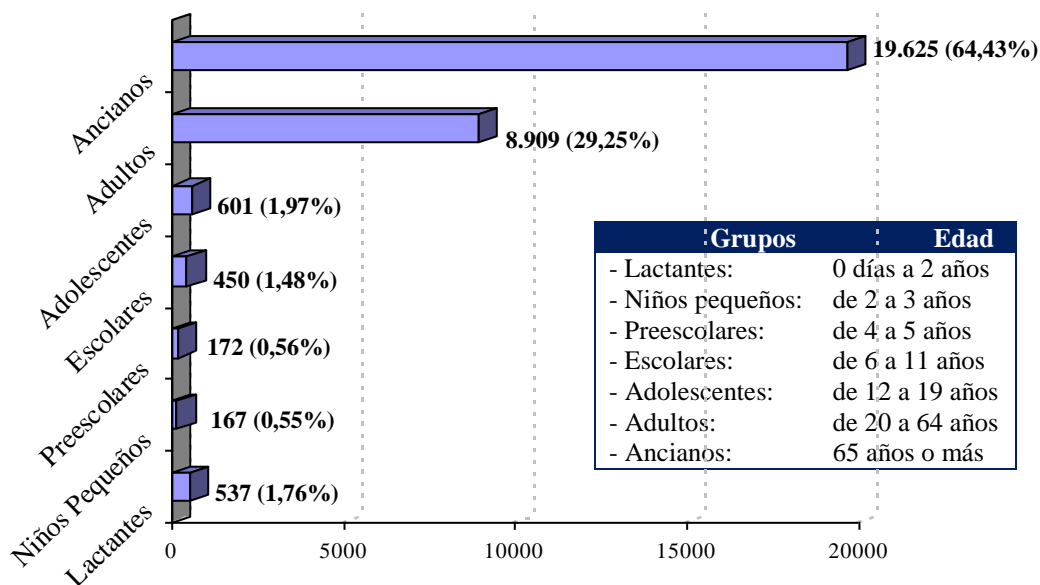
En los 7 municipios, los episodios asistenciales en las mujeres superan a los de los hombres, obteniendo una razón de masculinidad inferior a la unidad. En el municipio de los Barrios esta razón es más notoria, lo que supone que por cada episodio masculino se dan 2 femeninos.

**GRÁFICO 4**

Razón hombre/mujer de los episodios asistenciales, 2010

Distribución de los Episodios por Grupos Etarios, Sexo y Municipio

A continuación, se han estudiado los episodios asistenciales por grupos de edad según NANDA-I (gráfico 5).

**GRÁFICO 5**

Distribución de los episodios asistenciales por grupos de edad

En el gráfico anterior se puede observar como el grupo de edad en el que mayor número de episodios asistenciales se producen es en el de los ancianos (65 años o más), mientras que en el grupo de los niños pequeños (de 2 a 3 años) es donde menor número de éstos aparecen.

En el gráfico 6 se muestran los episodios asistenciales por sexos identificados en cada grupo de edad.

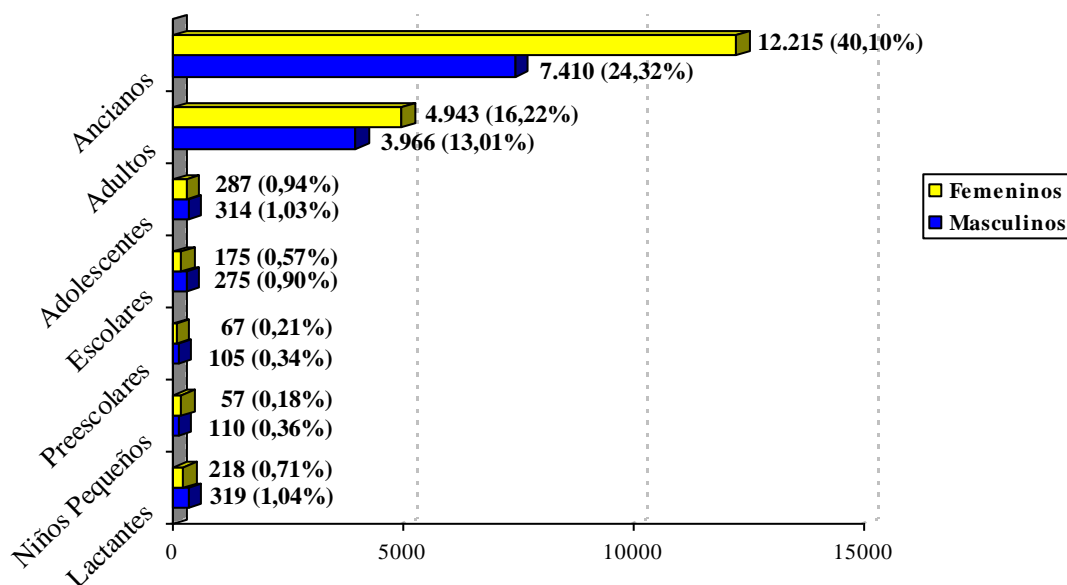


GRÁFICO 6

Distribución de los Episodios Asistenciales por Grupos de Edad y Sexo

Respecto a la razón hombre/mujer, en la tabla 31 puede observarse como en 5 de los grupos de edad (de lactantes a adolescentes) los episodios asistenciales en los hombres superan a los de las mujeres, obteniendo una razón de masculinidad superior a la unidad. Sin embargo en los grupos de adultos y ancianos, que son los grupos donde mayor número de episodios asistenciales se concentran, los de las mujeres superan a los de los hombres, obteniendo una razón de masculinidad inferior a la unidad.

TABLA 31

Distribución de los episodios asistenciales según grupos de edad, género y razón hombre/mujer (R H/M), 2010

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	R H/M
Lactantes	319	218	537	1,46
Niños pequeños	110	57	167	1,93
Preescolares	105	67	172	1,57
Escolares	275	175	450	1,57
Adolescentes	314	287	601	1,09
Adultos	3.966	4.943	8.909	0,80
Ancianos	7.410	12.215	19.625	0,61

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I.
Elaboración propia

La distribución de los episodios asistenciales registrados en cada grupo de edad, según el género y el municipio del Campo de Gibraltar donde residen, se describen en la tabla 32.

TABLA 32

Distribución de los Episodios Asistenciales por Grupos de Edad, Municipio y Género (*T=Total*, *M=Masculinos*, *F=Femeninos*), 2010

G. EDAD MPO./SEXO		Lactantes	Niños Pequeños	Preescolares	Escolares	Adolescentes	Adultos	Ancianos
ALGECIRAS	T	260 (2,20%)	63 (0,53%)	80 (0,68%)	174 (1,47%)	196 (1,66%)	3.321 (28,10%)	7.724 (65,36%)
	M	147 (56,54%)	46 (73,02%)	54 (67,5%)	105 (60,34%)	109 (55,61%)	1.533 (46,16%)	2.908 (37,65%)
	F	113 (43,46%)	17 (26,98%)	26 (32,5%)	69 (39,66%)	87 (44,39%)	1.788 (53,84%)	4.816 (62,35%)
CASTELLAR	T	4 (0,87%)	2 (0,43%)	3 (0,65%)	3 (0,65%)	2 (0,43%)	74 (16,05%)	373 (80,92%)
	M	4 (100%)	1 (50%)	2 (66,67%)	3 (100%)	1 (50%)	27 (36,49%)	177 (47,45%)
	F	-	1 (50%)	1 (33,33%)	-	1 (50%)	47 (63,51%)	196 (52,55%)
JIMENA	T	16 (1,07%)	4 (0,27%)	4 (0,27%)	12 (0,81%)	22 (1,48%)	335 (22,5%)	1.096 (73,6%)
	M	10 (62,5%)	3 (75%)	1 (25%)	4 (33,33%)	12 (54,54%)	150 (44,78%)	384 (35,04%)
	F	6 (37,5%)	1 (25%)	3 (75%)	8 (66,67%)	10 (45,46%)	185 (55,22%)	712 (64,96%)
LA LÍNEA	T	142 (1,63%)	64 (0,74%)	43 (0,49%)	155 (1,78%)	240 (2,77%)	3.128 (36,02%)	4.913 (56,57%)
	M	82 (57,75%)	43 (67,19%)	24 (55,81%)	95 (61,3%)	115 (47,92%)	1.362 (43,54%)	1.999 (40,69%)
	F	60 (42,25%)	21 (32,81%)	19 (44,19%)	60 (38,7%)	125 (52,08%)	1.766 (56,46%)	2.914 (59,31%)
LOS BARRIOS	T	37 (1,69%)	14 (0,64%)	14 (0,64%)	52 (2,37%)	40 (1,83%)	533 (24,33%)	1.500 (68,5%)
	M	19 (51,35%)	3 (21,43%)	5 (35,71%)	34 (65,38%)	30 (75%)	218 (40,9%)	453 (30,2%)
	F	18 (48,65%)	11 (78,57%)	9 (64,29%)	18 (34,62%)	10 (25%)	315 (59,1%)	1.047 (69,8%)
SAN ROQUE	T	52 (1,12%)	11 (0,24%)	20 (0,43%)	48 (1,04%)	86 (1,86%)	1.286 (27,83%)	3.118 (67,48%)
	M	36 (69,23%)	5 (45,45%)	12 (60%)	30 (62,5%)	42 (48,83%)	566 (44,01%)	1.157 (37,1%)
	F	16 (30,77%)	6 (54,55%)	8 (40%)	18 (37,5%)	44 (51,17%)	720 (55,99%)	1.961 (62,9%)
TARIFA	T	26 (2,17%)	9 (0,75%)	8 (0,67%)	6 (0,50%)	15 (1,25%)	232 (19,38%)	901 (75,28%)
	M	21 (80,77%)	9 (100%)	7 (87,5%)	4 (66,67%)	5 (33,33%)	110 (47,41%)	332 (36,85%)
	F	5 (19,23%)	-	1 (12,5%)	2 (33,33%)	10 (66,67%)	122 (52,59%)	569 (63,15%)

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I.
Elaboración propia

Distribución de los Episodios Asistenciales según Centro Sanitario

El número de episodios asistenciales recogidos de los centros sanitarios que configuran el área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar se refleja en la tabla 33.

TABLA 33

Distribución de los episodios asistenciales según centro sanitario, porcentaje y género (2010)

CENTRO SANITARIO	Nº DE EPISODIOS	%	MASCULINOS	%	FEMENINOS	%
Centros de Salud de Algeciras	8.706	28,6	3.379	11,1	5.327	17,5
Centros de Salud de Castellar	375	1,2	169	0,6	206	0,7
Centros de Salud de Jimena	1.133	3,7	396	1,3	737	2,4
Centros de Salud de La Línea	5.488	18,0	2.258	7,4	3.230	10,6
Centros de Salud de Los Barrios	1.683	5,5	556	1,8	1.127	3,7
Centros de Salud de San Roque	3.589	11,8	1.365	4,5	2.224	7,3
Centros de Salud de Tarifa	830	2,7	306	1,0	524	1,7
Hospital de Algeciras	3.963	13,0	1.906	6,3	2.057	6,8
Hospital de La Línea	4.694	15,4	2.164	7,1	2.530	8,3
TOTAL	30.461	100	12.499	41	17.962	59

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG e INE. Elaboración propia

En la tabla anterior puede apreciarse como los centros de salud de Algeciras abarcan el mayor número de episodios asistenciales de todos los centros sanitarios (28,6%), lógico al haber más población, y los centros de salud de Castellar los que menos (1,2%), pero calculadas las tasas de incidencias, son los centros de salud de San Roque los que presentan mayor tasa de incidencia, 119,8, y los de Tarifa los que menos, 46,5.

Respecto a los hospitales, en el hospital de La Línea se identificaron más episodios asistenciales (15,4%) que en el de Algeciras (13,0%). Si se calculan las tasas de incidencia por ingreso hospitalario y se tiene en cuenta la población de referencia, es decir, el hospital de Algeciras abarca las poblaciones de Algeciras, Los Barrios y Tarifa y el de La Línea las de La Línea, San Roque, Castellar y Jimena, la tasa de incidencia de ingreso hospitalario para el hospital de Algeciras sería de 25 frente a 43,2 para el de La Línea. Lo que representa una diferencia de casi el doble entre ambos hospitales.

Por sexos, en todos los centros asistenciales los episodios asistenciales femeninos superan a los episodios masculinos, siendo, especialmente significativo, en los centros de salud de Algeciras, La Línea y San Roque.

En la tabla 34 se representa la distribución de los episodios asistenciales identificados según el área de influencia hospitalaria.

TABLA 34

Distribución de los Episodios Asistenciales según área de influencia hospitalaria, porcentaje y género (2010) (% = *Porcentaje*, *Fo* = *Frecuencia observada*)

Centros Sanitarios	Área de influencia hospitalaria	Total	%	Episodios Asistenciales		
				Sexo	Total	%
Centro de Salud de Algeciras	Hospital de Algeciras	15.182	49,8			
Centro de Salud de Los Barrios				Masculinos	6.147	40,5
Centro de Salud de Tarifa				Femeninos	9.035	59,5
Hospital de Algeciras						
Centro de Salud de La Línea	Hospital de La Línea	15.279	50,2			
Centro de Salud de San Roque				Masculinos	6.352	41,6
Centro de Salud de Castellar				Femeninos	8.927	58,4
Centro de Salud de Jimena						
Hospital de La Línea						

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG e INE. Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla anterior, en el área de influencia hospitalaria del hospital de La Línea se registraron, en 2010, ligeramente, un mayor número de episodios asistenciales (50,2%) que en el área de influencia hospitalaria del hospital de Algeciras (49,8%). Si obtenemos las correspondientes tasas de incidencia, observamos como en el área de influencia sanitaria del hospital de Algeciras es de 95,8 frente al 140,8 del área de influencia sanitaria del hospital de La Línea, es decir, por cada 1000 habitantes se dan 141 episodios asistenciales.

En cuanto al sexo, en ambas áreas de influencia hospitalaria se identificaron más episodios asistenciales de mujeres, 59,5% (TI = 113,5) en el área del hospital de Algeciras y 58,4% (TI = 164,1) en el área hospitalaria de La Línea, que de hombres, 40,5% (TI = 77,9) en el área del hospital de Algeciras y 41,6% (TI = 117,3) en el área del hospital de La Línea.

4.2.2. EPISODIOS ASISTENCIALES SEGÚN NECESIDADES

Dada la valiosa información que nos puede reportar el análisis de la necesidad principal y atendiendo al análisis teórico realizado en base al modelo de Henderson, se hace necesario el examen de las mismas.

El total de necesidades alteradas identificadas en los 30.461 episodios asistenciales es de 43.713. En la tabla 35 se observa la distribución de éstas en los 30.461 episodios asistenciales:

TABLA 35

Distribución de las necesidades identificadas en el total de los episodios asistenciales estudiados

NECESIDAD		n = 30.461 Fo (%)			
		Sí		No	
N1	Respirar normalmente	1.075	(3,5)	29.386	(96,5)
N2	Comer y beber de forma adecuada	2.528	(8,3)	27.933	(91,7)
N3	Eliminar por todas las vías corporales	3.968	(13)	26.493	(87)
N4	Moverse y mantener posturas adecuadas	7.548	(24,8)	22.913	(75,2)
N5	Dormir y descansar	1.531	(5)	28.930	(95)
N6	Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse	1.790	(5,9)	28.671	(94,1)
N7	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente	509	(1,7)	29.952	(98,3)
N8	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	5.468	(18)	24.993	(82)
N9	Evitar los peligros ambientales y lesionar a otros	10.896	(35,8)	19.565	(64,2)
N10	Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores	898	(2,9)	29.563	(97,1)
N11	Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias	433	(1,4)	30.028	(98,6)
N12	Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal	4.993	(16,4)	25.468	(83,6)
N13	Participar en actividades recreativas	183	(0,6)	30.278	(99,4)
N14	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles	1.893	(6,2)	28.568	(93,8)

Fuente: Modelo de Henderson. Elaboración propia

En el gráfico 7 puede observarse, de mayor a menor porcentaje, el orden de las catorce necesidades identificadas en el total de los episodios asistenciales.

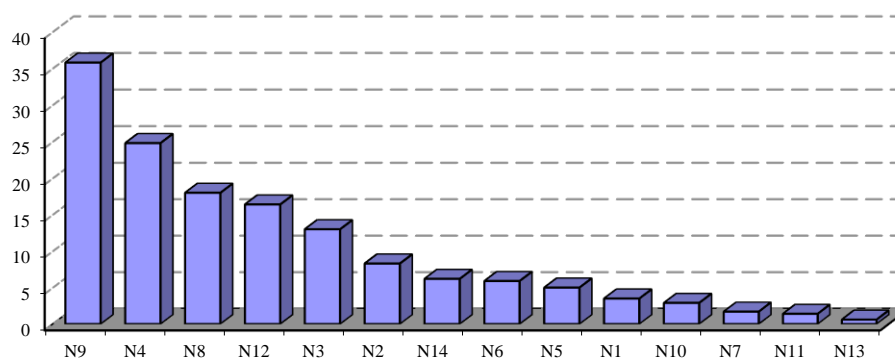


GRÁFICO 7

Necesidades alteradas identificadas, ordenadas, según su porcentaje, en el total de episodios asistenciales (2010)

Como se aprecia, es la necesidad referente a “evitar los peligros ambientales y lesionar a otros” la que ocupa el primer puesto en frecuencia de casos. Así, podemos apreciar como las de mayor prevalencia son la N₉ (35,8% de los casos), seguida de la N₄ - moverse y mantener posturas adecuadas - (24,8%), la N₈ - mantener la higiene corporal y la integridad de la piel - (18%) y la N₁₂ – ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal - (16,4%); por otra parte, las menos alteradas fueron la N₁₀ – comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores - (2,9%), la N₇ – mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente - (1,7%), la N₁₁ – vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias - (1,4%) y la N₁₃ – participar en actividades recreativas - (0,6%).

Distribución de la Necesidades Principales según Género

Atendiendo a la distribución por género se obtienen los resultados que se reflejan en la tabla 36.

TABLA 36

Distribución de las necesidades identificadas por Género (*M = Masculinos, F = Femeninos*)

NECESIDADES		M		F	
		n = 12.499		n = 17.962	
		Fo	%	Fo	%
N ₁	Respirar normalmente	560	4,5	515	2,9
N ₂	Comer y beber de forma adecuada	1.073	8,6	1.455	8,1
N ₃	Eliminar por todas las vías corporales	1.493	11,9	2.475	13,8
N ₄	Moverse y mantener posturas adecuadas	3.180	25,4	4.368	24,3
N ₅	Dormir y descansar	657	5,3	874	4,9
N ₆	Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse	762	6,1	1.028	5,7
N ₇	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente	212	1,7	297	1,7
N ₈	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	2.368	18,9	3.100	17,3
N ₉	Evitar los peligros ambientales y lesionar a otros	4.793	38,3	6.103	34,0
N ₁₀	Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores	402	3,2	496	2,8
N ₁₁	Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias	120	1,0	313	1,7
N ₁₂	Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal	1.753	14,0	3.240	18,0
N ₁₃	Participar en actividades recreativas	65	0,5	118	0,7
N ₁₄	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles	880	7,0	1.013	5,6

Fuente: Modelo de Henderson. Elaboración propia

En la distribución de las necesidades según el sexo existen diferencias en cuanto a sus frecuencias y porcentajes, según sean hombres o mujeres, y, también, en cuanto al orden de aparición de éstas.

Las de mayor prevalencia, en el sexo masculino, son la N₉ - evitar los peligros ambientales y lesionar a otros - (38,3%) seguida de la N₄ - moverse y mantener posturas adecuadas - (25,4%) y la N₈ - mantener la higiene corporal y la integridad de la piel -(18,9%); en el sexo femenino, las dos primeras se corresponden con las presentadas en los hombres pero con porcentajes distintos, es decir, la N₉ (34%), seguida de la N₄ (24,3%) y, la tercera, a diferencia de los hombres, la N₁₂ - ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal - (18%).

En los gráficos 8 y 9 pueden observarse, de mayor a menor porcentaje, el orden de las catorce necesidades identificadas en los episodios asistenciales masculinos y en los episodios asistenciales femeninos.

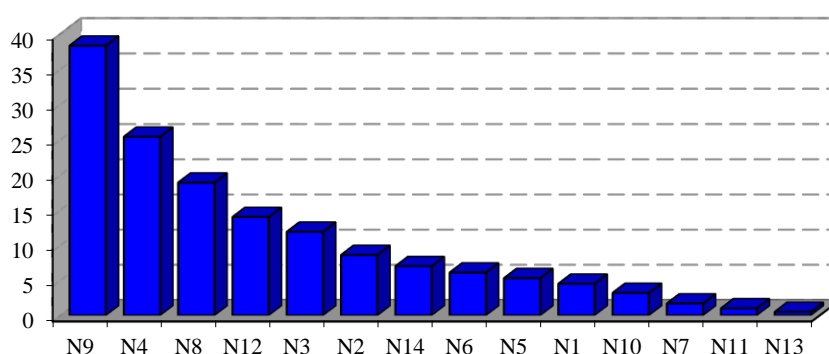


GRÁFICO 8

Necesidades ordenadas, según su porcentaje, en episodios asistenciales **masculinos** (2010)

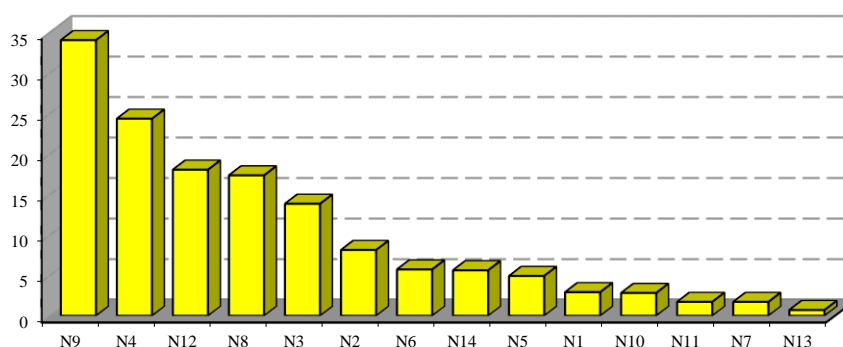


GRÁFICO 9

Necesidades ordenadas, según su porcentaje, en episodios asistenciales **femeninos** (2010)

También se han calculado los porcentajes de episodios asistenciales según sexo en cada una de las necesidades. El gráfico 10 muestra comparativamente como, excepto en la N₁ - respirar normalmente - en la que el porcentaje de episodios asistenciales masculinos (52,1%) supera a los femeninos (47,9%), en todas las demás necesidades el porcentaje de episodios asistenciales de mujeres es superior al de los hombres, muy especialmente en la N₁₁ - vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias - (72,3% mujeres y 27,7% hombres)

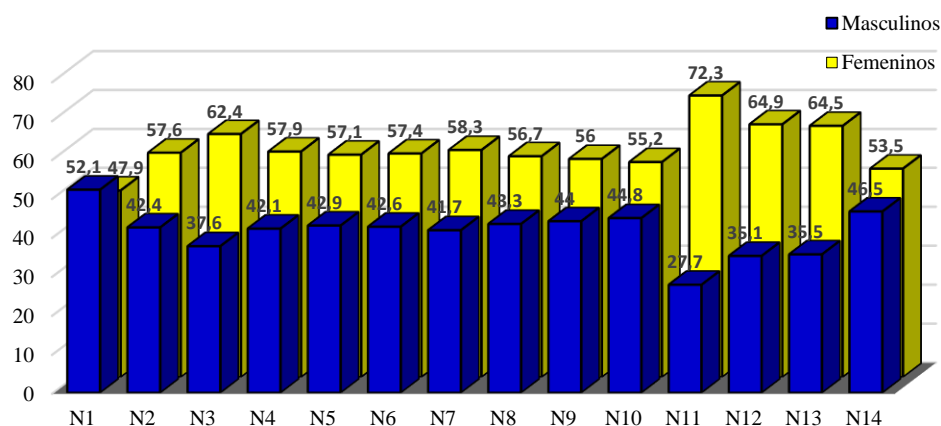


GRÁFICO 10

Porcentajes de episodios asistenciales según sexo en cada necesidad (2010)

Distribución de la Incidencia según Necesidad, Municipio y Género

A continuación, en la tabla 37, se detallan para cada municipio de la comarca las tasas de incidencia, por 1.000 habitantes, de cada una de las necesidades.

TABLA 37

Distribución por Municipios de las tasas de incidencia, por mil habitantes, de las necesidades, para el periodo de estudio (2010) (*N = Necesidad, S = Sexo, T = Total, M = Masculinos, F = Femeninos*)

N	S	ALGECIRAS	CASTELLAR	JIMENA	LA LÍNEA	LOS BARRIOS	SAN ROQUE	TARIFA	COMARCA
N ₁	T	4,2	4,4	6,1	4,1	3,2	3,2	3,8	4
	M	4,7	5	5,6	4,5	2,3	2,9	3	4,2
	F	3,7	3,8	6,7	3,8	4	3,6	3,7	3,8
N ₂	T	7,6	15,7	13,2	10,3	9,3	14,7	7,2	9,5
	M	6,5	13,1	9,8	9,5	7,3	11,3	6,5	8,1
	F	8,6	18,3	16,9	11	11,4	18,1	8	10,9
N ₃	T	13,4	19,8	14,9	17,1	13,9	18,8	10,4	14,9
	M	10,6	16,8	8,9	14	9,6	12,1	6,3	11,2
	F	16,1	22,8	21,4	20	18,3	25,6	14,7	18,5
N ₄	T	23,5	33	40,8	34,6	20,4	38,7	20,8	28,3
	M	19,8	35,5	28,5	32,4	14,2	30,5	16,8	23,9
	F	27,2	30,4	54	36,8	26,7	47	24,9	32,6
N ₅	T	4,8	7,2	11,5	5,8	5,3	8	5,2	5,7
	M	4,5	6,9	8,1	5	4,2	5,8	4,6	4,9
	F	5	7,6	15,1	6,1	6,4	10,3	5,7	6,5

N ₆	T	6,5	8,8	6,8	5,9	5,2	10,4	6,6	6,7
	M	5,7	10,6	3,9	5,9	3,5	7,6	5,4	5,7
	F	7,3	7	9,9	5,1	7	13,2	7,9	7,7
N ₇	T	2,4	3,1	3,2	1,5	2,3	0,7	0,7	1,9
	M	2,3	2,5	1,7	1	1,8	0,4	7	1,6
	F	2,5	3,8	4,8	2	2,7	0,9	0,8	2,2
N ₈	T	18,4	29,5	26,9	21	18,9	28,5	15,3	20,5
	M	16,2	29,9	17,8	20,3	13,7	23,5	13	17,8
	F	20,6	29,1	36,7	21,7	24,1	33,7	17,7	23,1
N ₉	T	35,2	39,5	49,2	56,3	27,1	49,4	19,9	40,8
	M	32,5	39,2	36,6	50,2	20,8	42,5	16,1	36
	F	37,7	39,9	62,7	62,3	33,6	56,4	23,9	45,5
N ₁₀	T	3,2	1,3	3,8	3,5	2,8	4,8	2,9	3,4
	M	3,3	0,6	3,2	3	1,2	3,7	2,8	3
	F	3	1,9	4,6	3,9	4,3	5,8	3,1	3,7
N ₁₁	T	1,4	0,9	3,1	1,9	2	1,6	1,2	1,6
	M	0,8	1,9	1,5	1,3	0,6	0,7	0,6	0,9
	F	2	---	4,8	2,3	3,4	2,6	1,8	2,3
N ₁₂	T	17,6	32,3	25,8	20,8	12,6	26	7,7	18,7
	M	12,3	25,5	14,3	16,1	7,9	17,4	5,1	13,2
	F	22,6	39,2	38,3	25,3	17,4	34,8	10,4	24,2
N ₁₃	T	0,4	0,3	1,2	1	0,5	1,4	0,5	0,7
	M	0,3	---	0,6	0,8	0,4	0,9	0,2	0,5
	F	0,5	0,6	1,8	1,1	0,7	1,9	0,7	0,9
N ₁₄	T	3,7	5	7,1	14,3	3,9	9,8	2,8	7,1
	M	3,7	7,5	5,6	13,2	3,3	9	3	6,6
	F	3,8	2,5	8,7	15,3	4,6	10,6	2,6	7,6

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, INE y modelo de Henderson. Elaboración propia

En la tabla anterior se observa que las necesidades con mayores tasas de incidencia en todos los municipios de la comarca son: la N₉, la N₄, la N₈ y la N₁₂, excepto en Tarifa que la N₃ tiene una tasa de incidencia mayor que la N₁₂.

También se puede apreciar como, por municipios, la N₉ - evitar los peligros ambientales y lesionar a otros - es la que presenta una mayor tasa de incidencia en todos los municipios de la comarca, excepto en Tarifa que lo es la N₄ - moverse y mantener posturas adecuadas -. En el municipio de La Línea llama poderosamente la atención la tasa de incidencia de la N₁₄ - aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles -, donde ésta supone más del doble de las encontradas, para esta necesidad, en los municipios de Algeciras, Castellar, Jimena, Los Barrios y Tarifa, y se sitúa en más de 4 puntos por encima de San Roque.

La necesidad que menor tasa de incidencia presenta en todos los municipios es la N₁₃ - participar en actividades recreativas -, donde sólo superan la

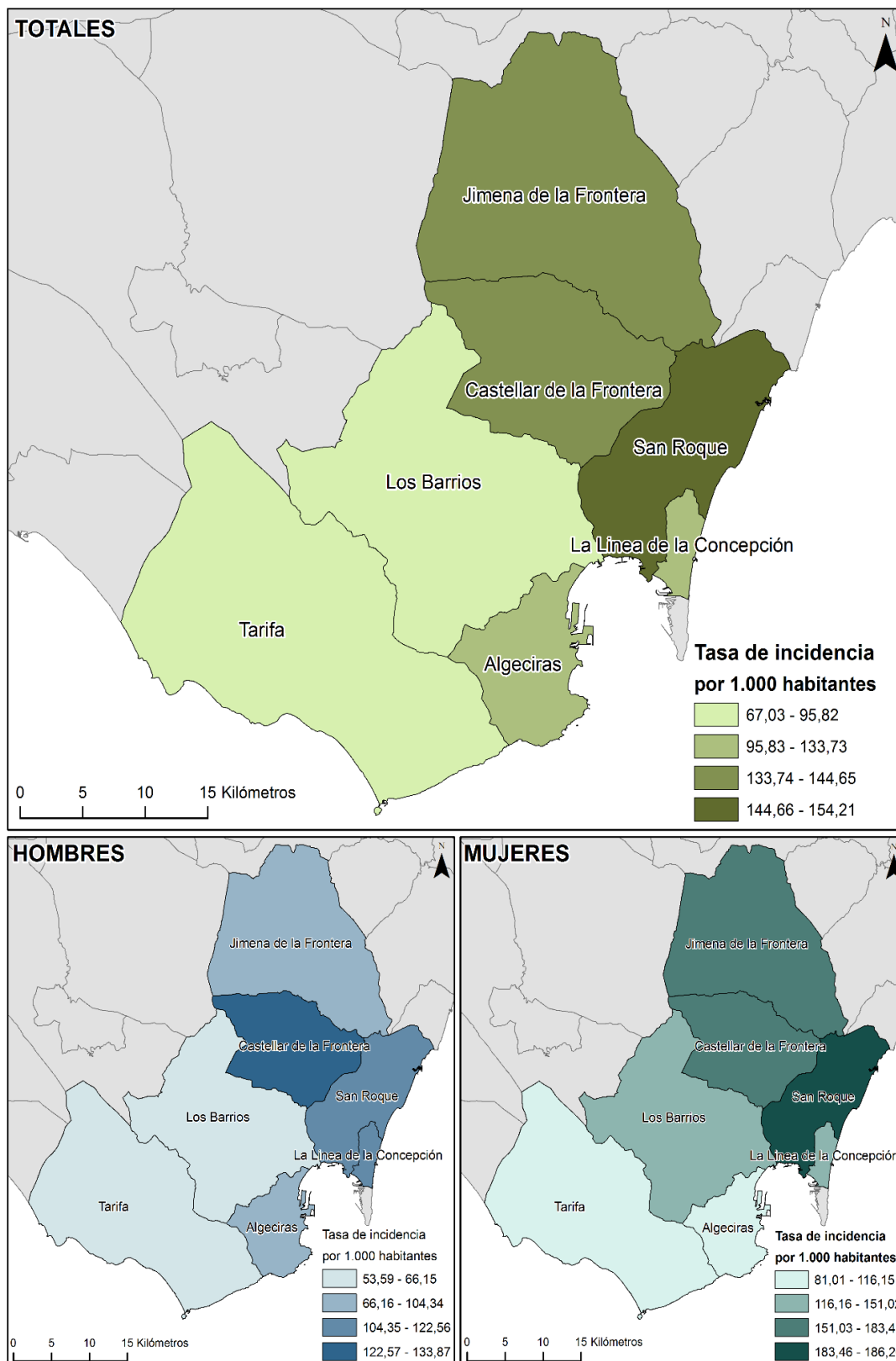
media comarcal para esta necesidad los municipios de San Roque, Jimena y La Línea.

En la mayoría de municipios y necesidades, las tasas de incidencia de las mujeres son muy superiores a las de los hombres, sobre todo en el municipio de Jimena, donde éstas duplican a las presentadas por éstos.

Los mapas 2 a 16 muestran la distribución de las tasas de incidencias de episodios asistenciales con necesidades alteradas, totales y por sexos, de cada municipio de la comarca.

MAPA 2

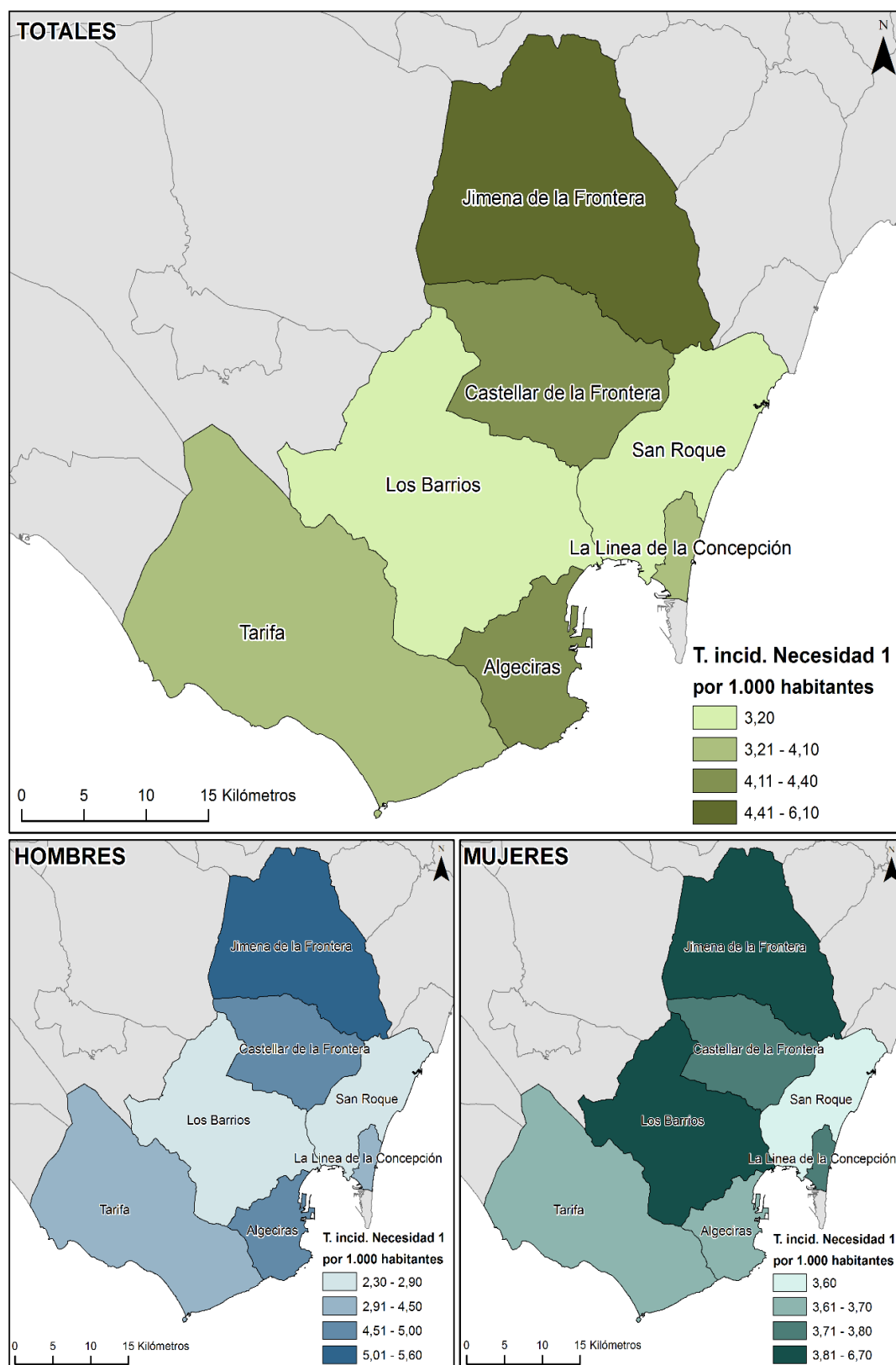
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con necesidades alteradas



Fuente: Elaboración propia

MAPA 3

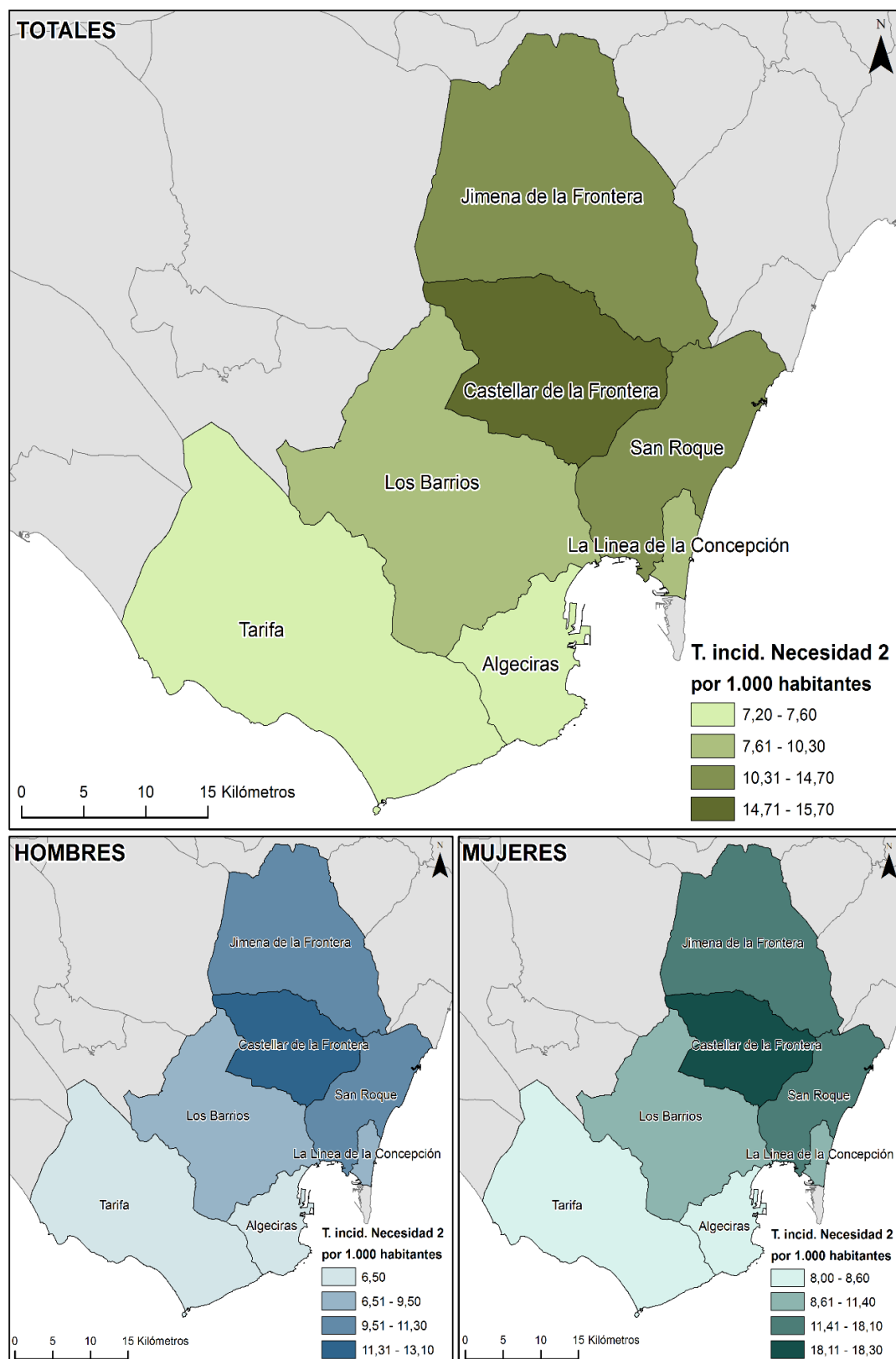
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 1



Fuente: Elaboración propia

MAPA 4

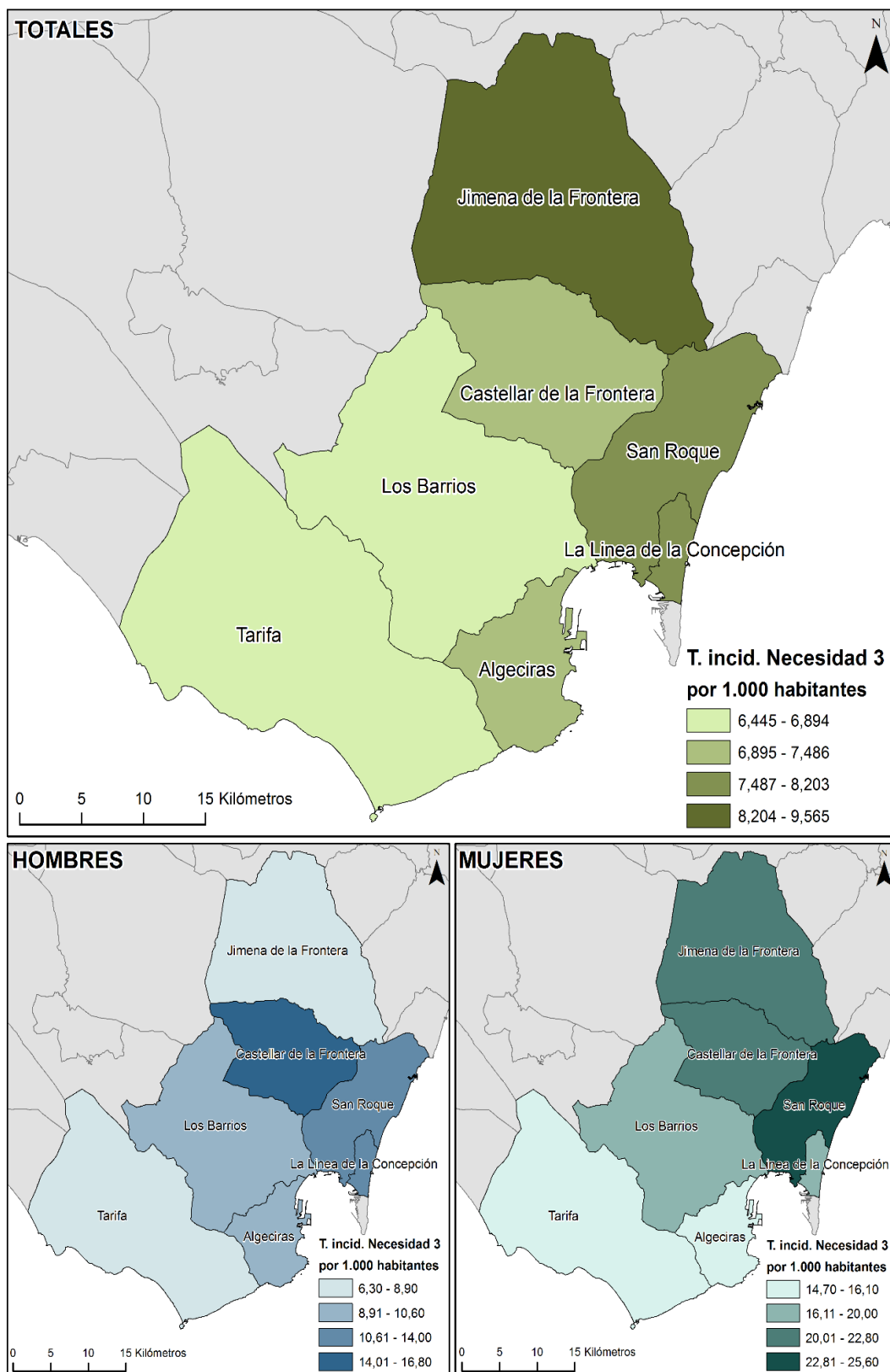
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 2



Fuente: Elaboración propia

MAPA 5

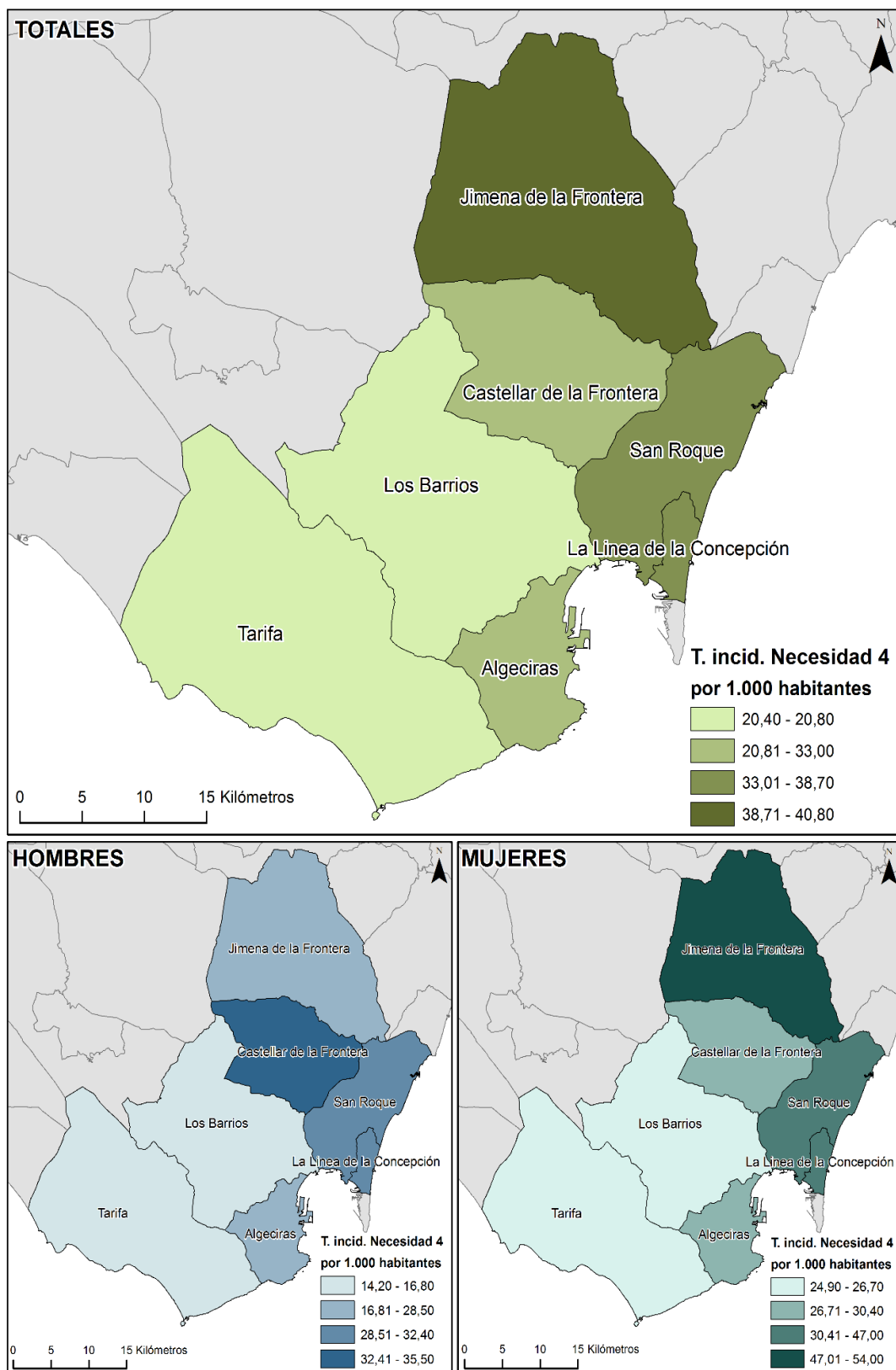
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 3



Fuente: Elaboración propia

MAPA 6

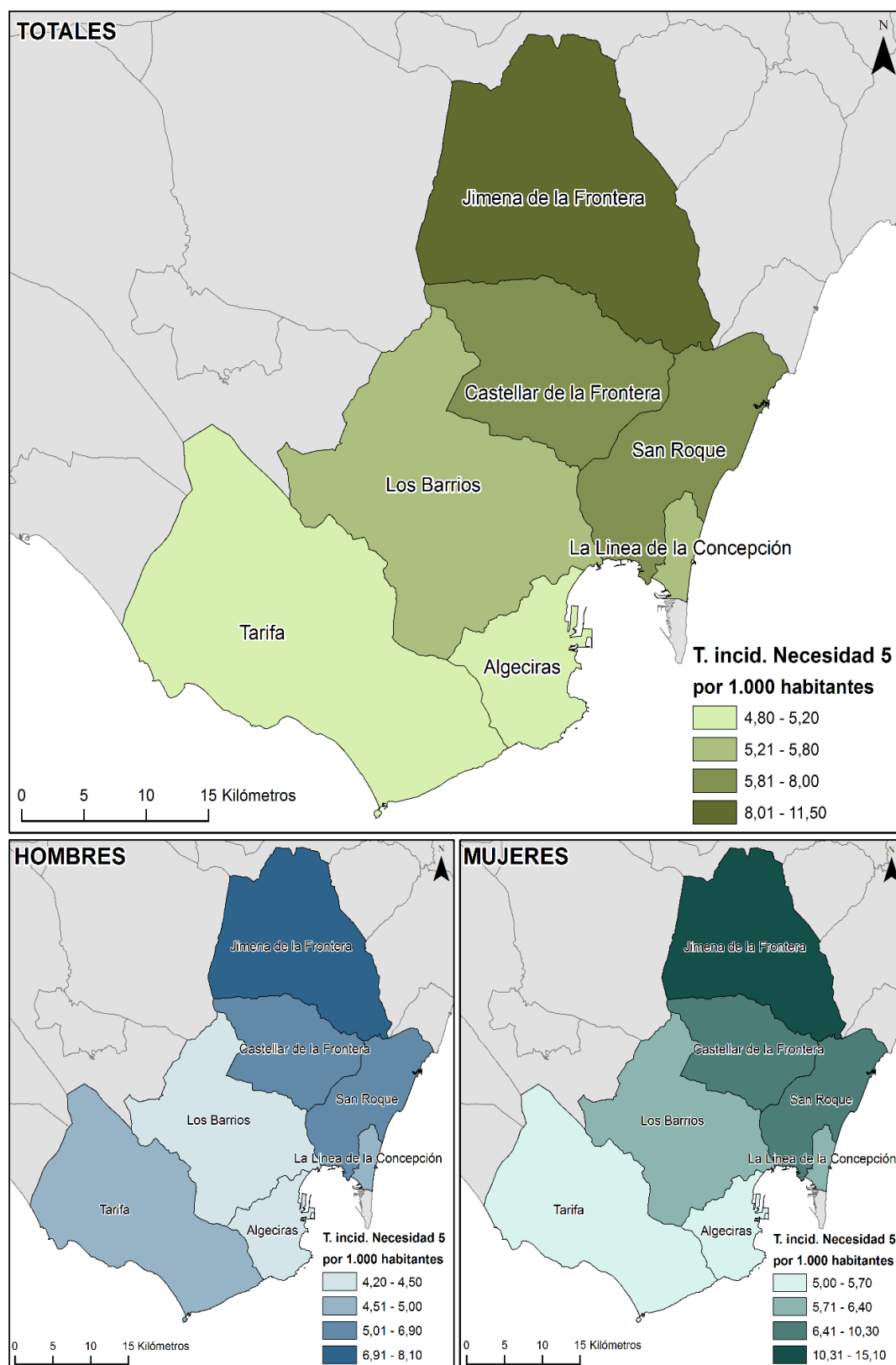
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 4



Fuente: Elaboración propia

MAPA 7

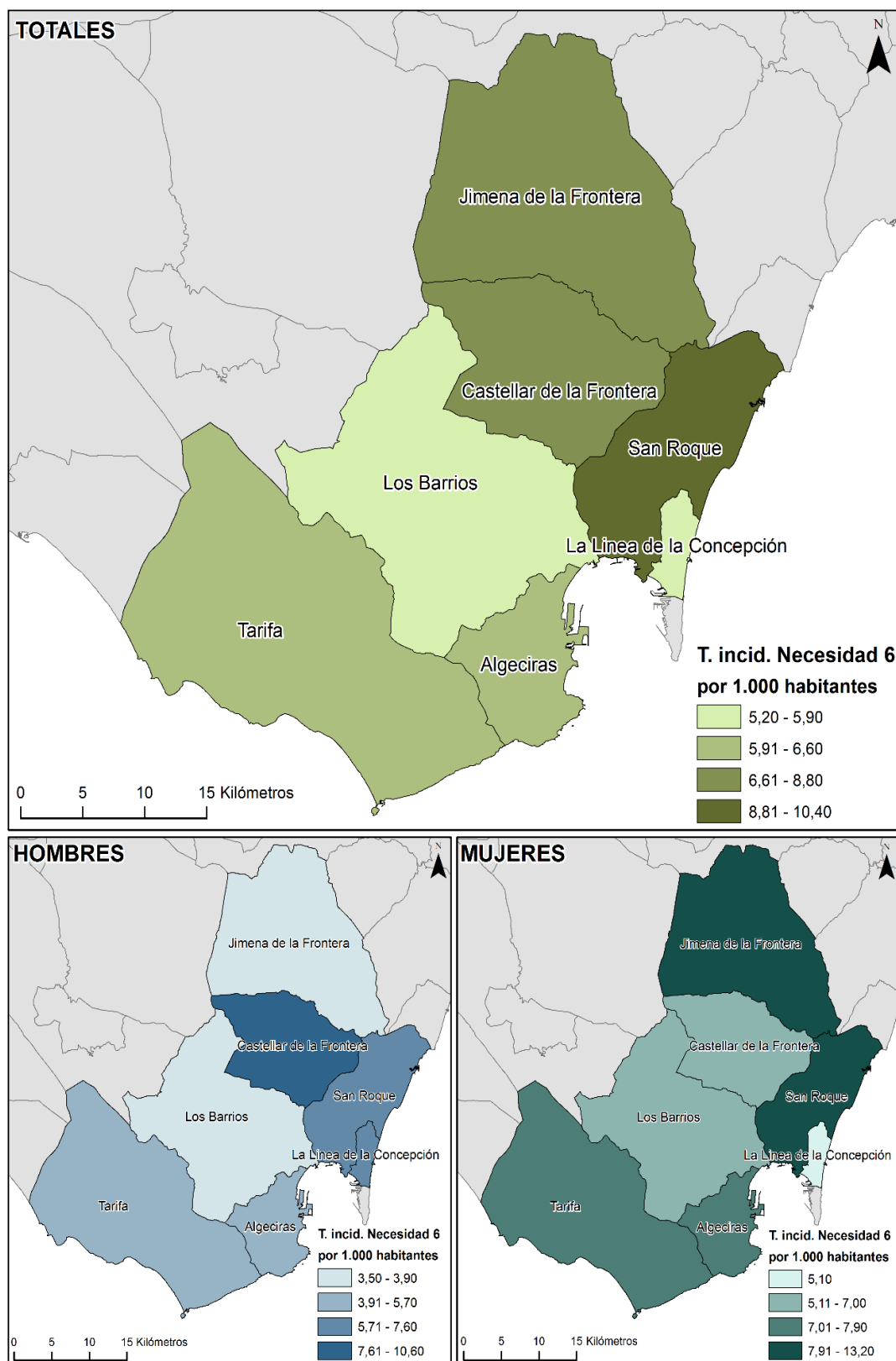
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 5



Fuente: Elaboración propia

MAPA 8

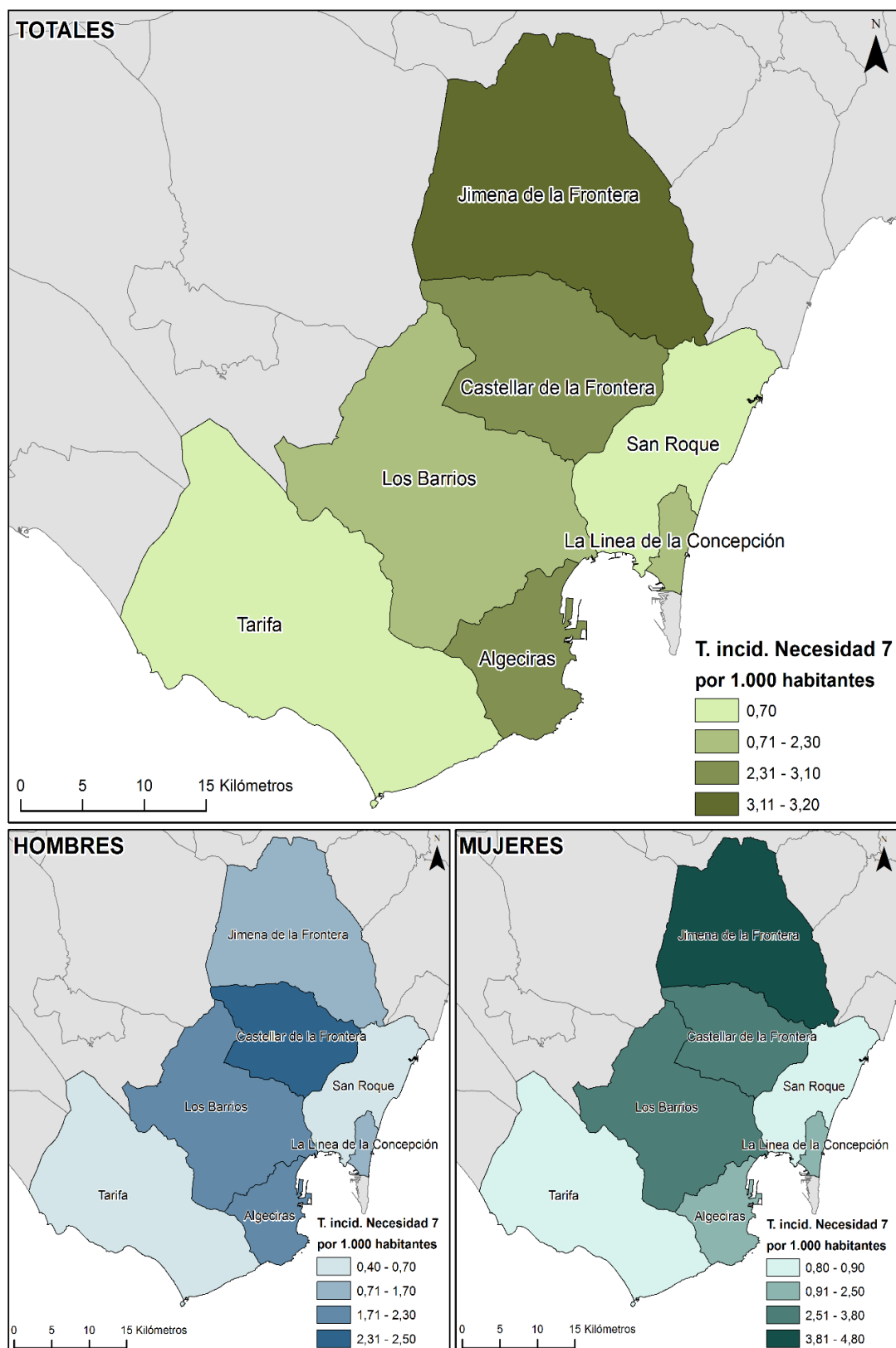
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 6



Fuente: Elaboración propia

MAPA 9

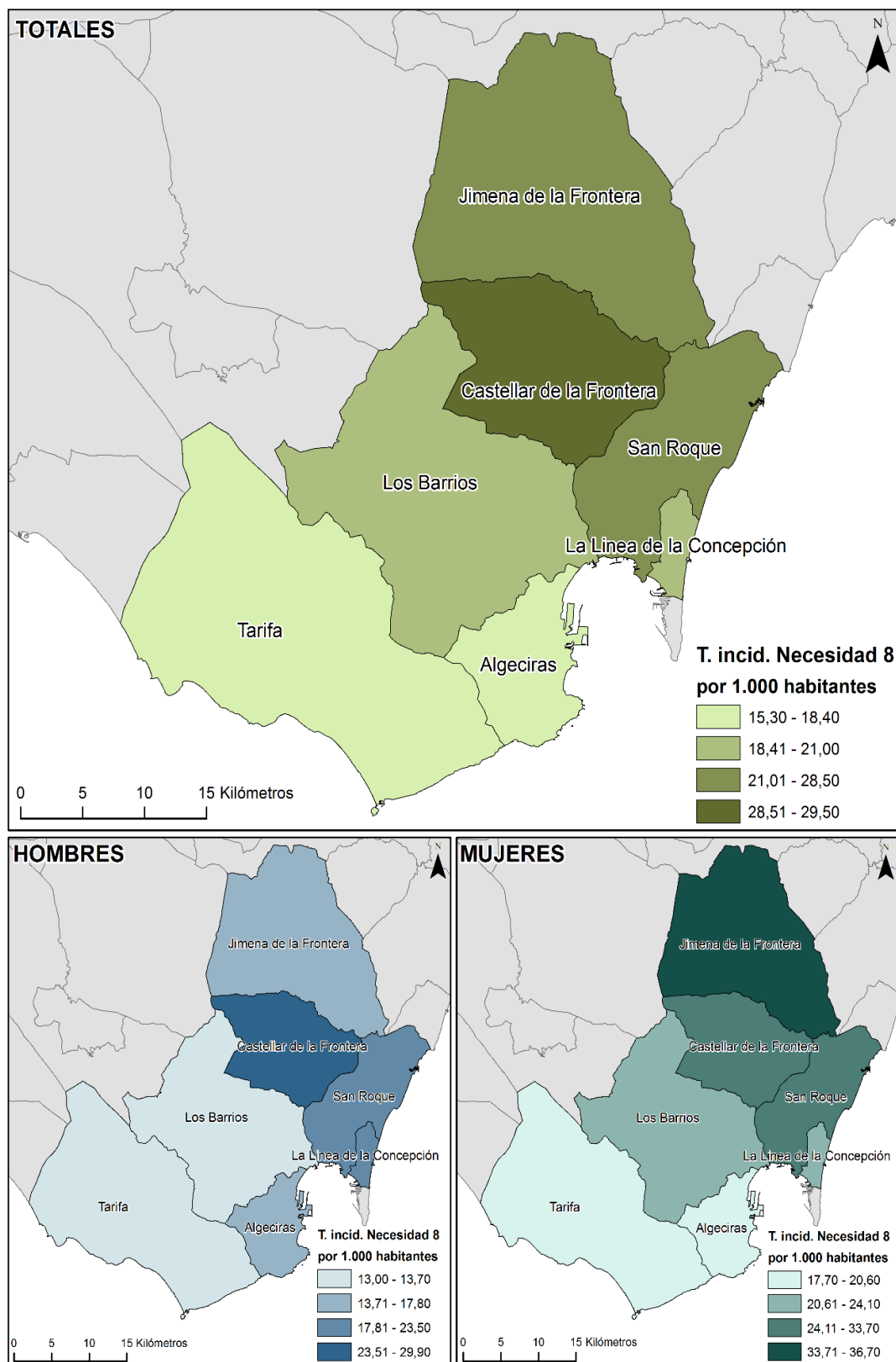
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 7



Fuente: Elaboración propia

MAPA 10

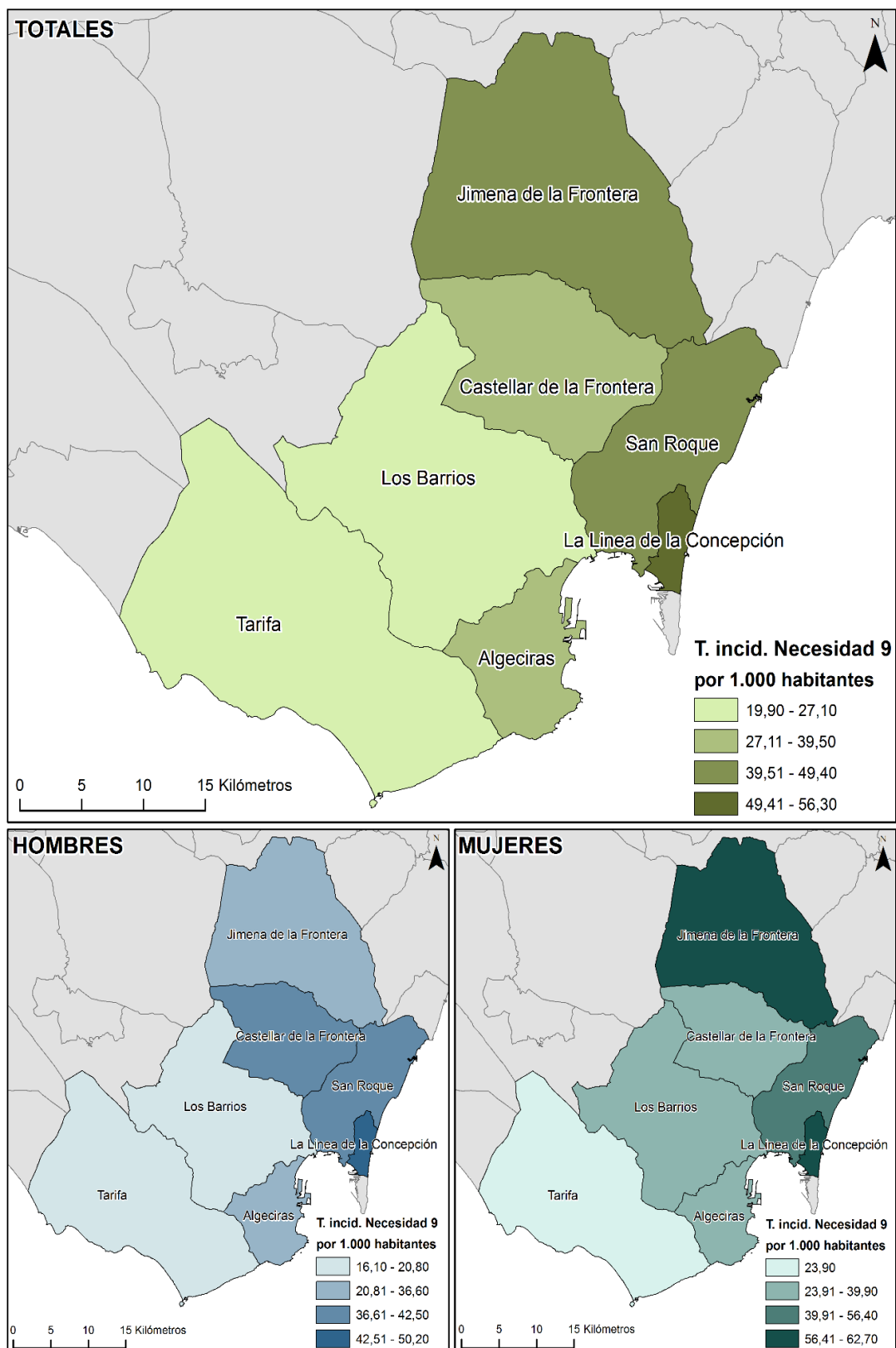
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 8



Fuente: Elaboración propia

MAPA 11

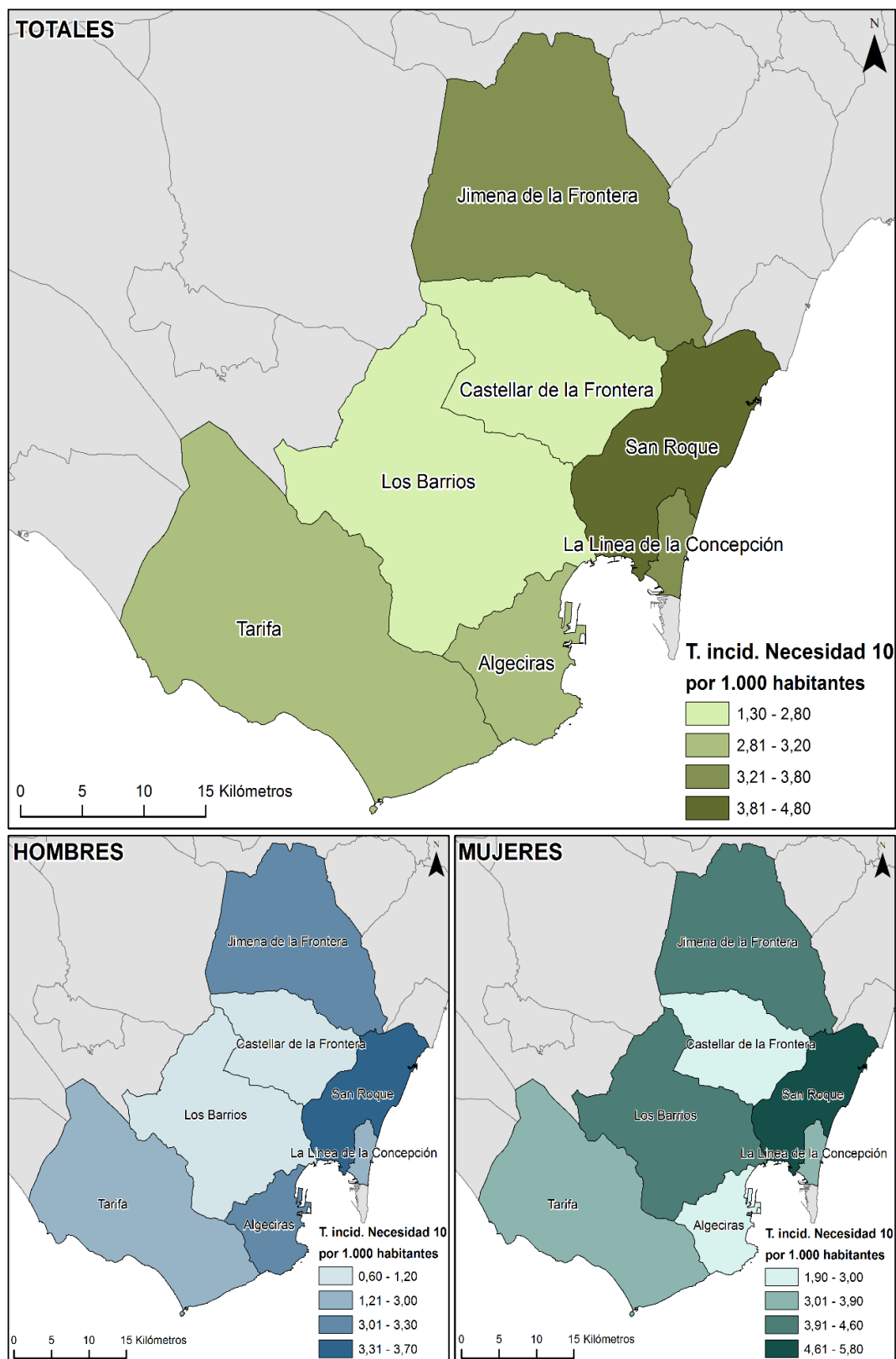
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 9



Fuente: Elaboración propia

MAPA 12

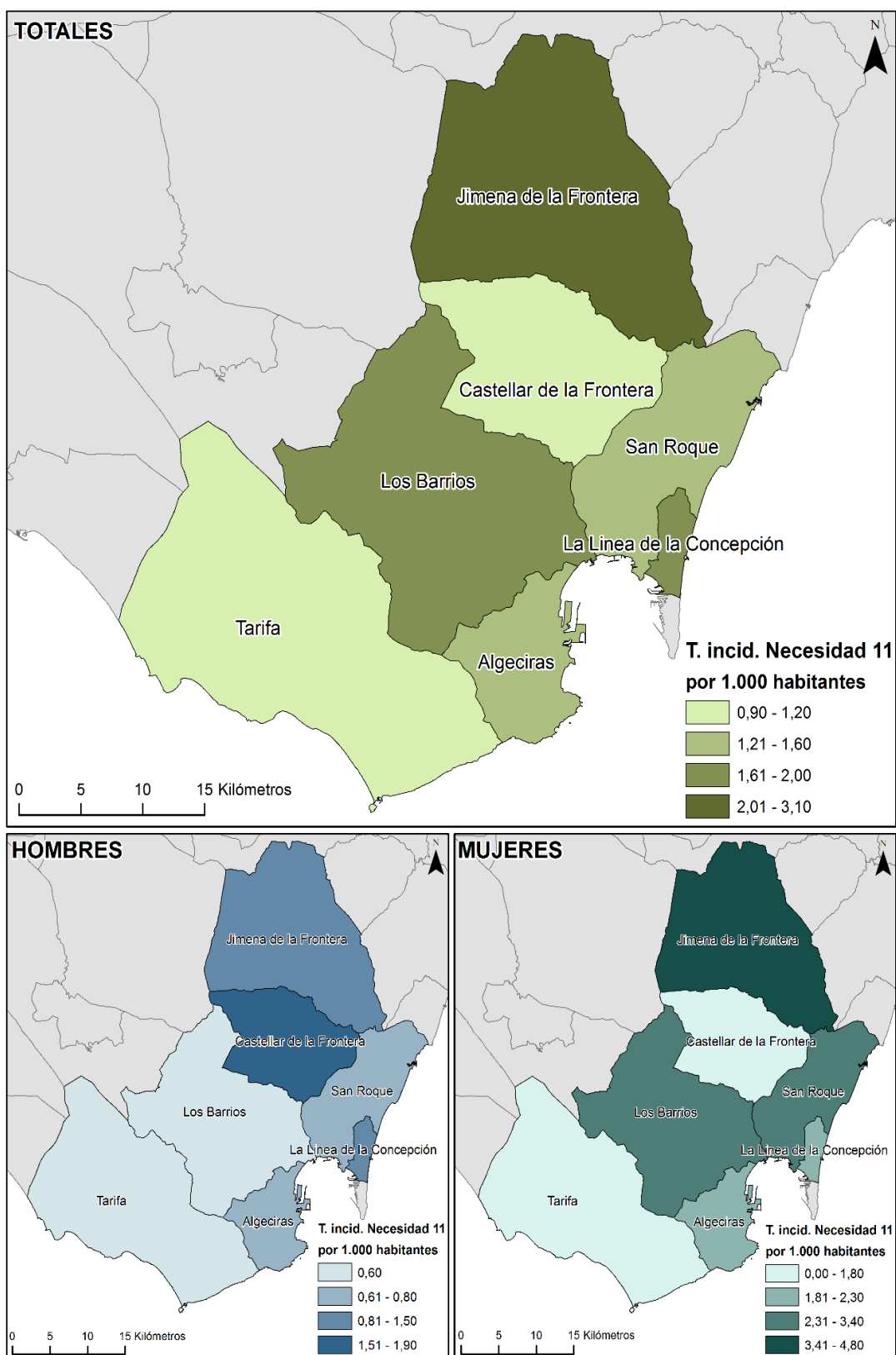
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 10



Fuente: Elaboración propia

MAPA 13

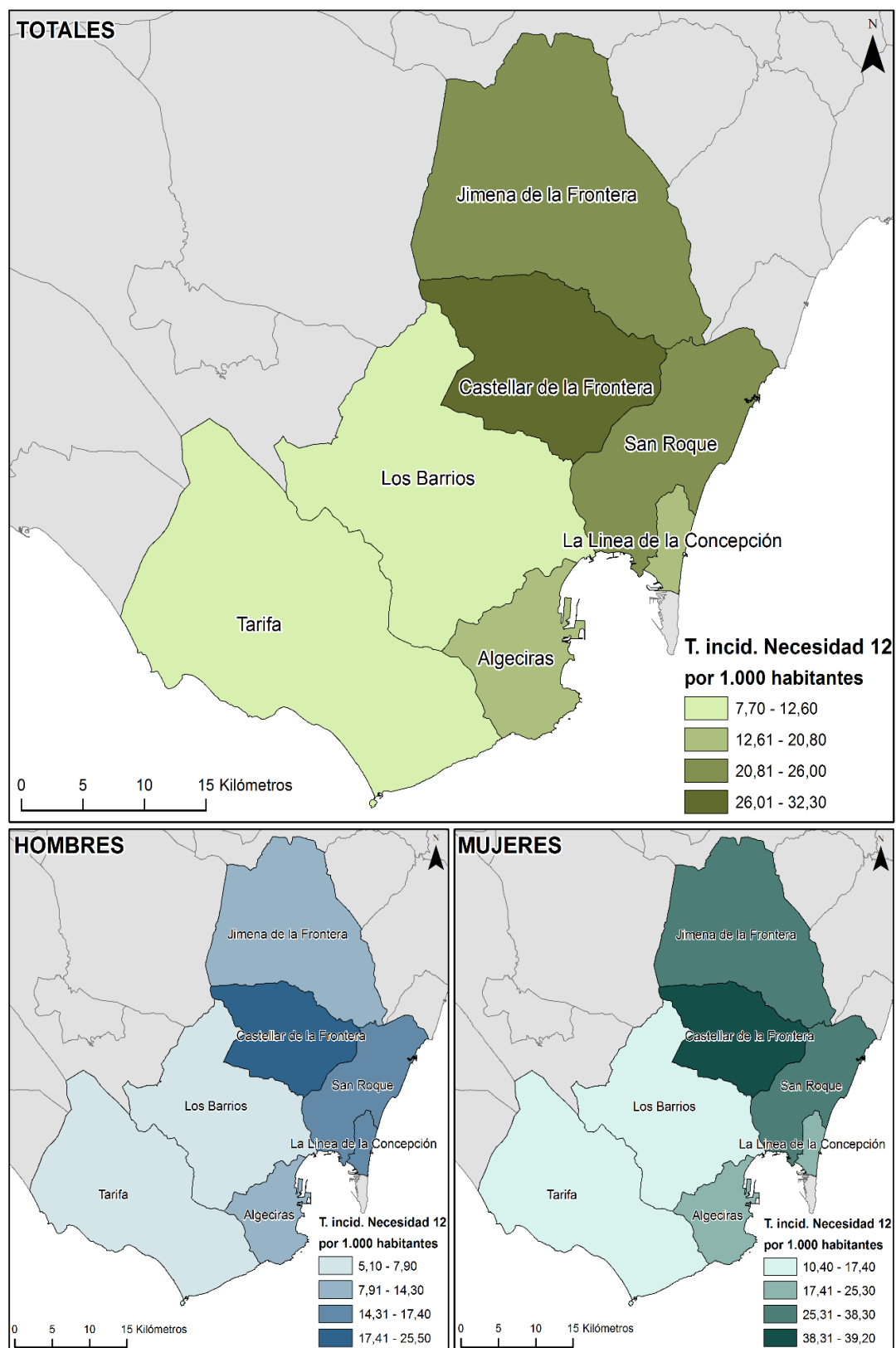
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 11



Fuente: Elaboración propia

MAPA 14

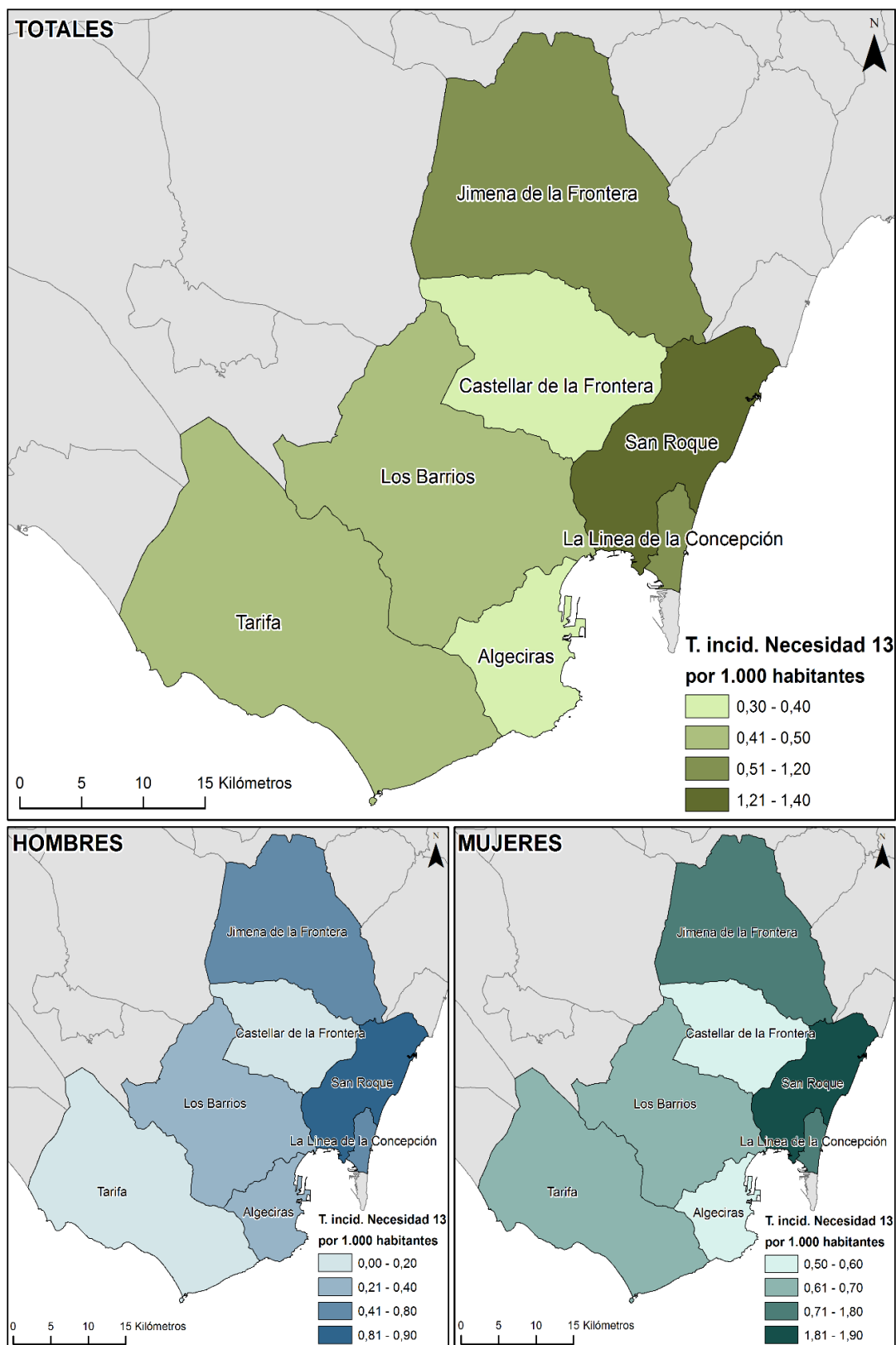
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 12



Fuente: Elaboración propia

MAPA 15

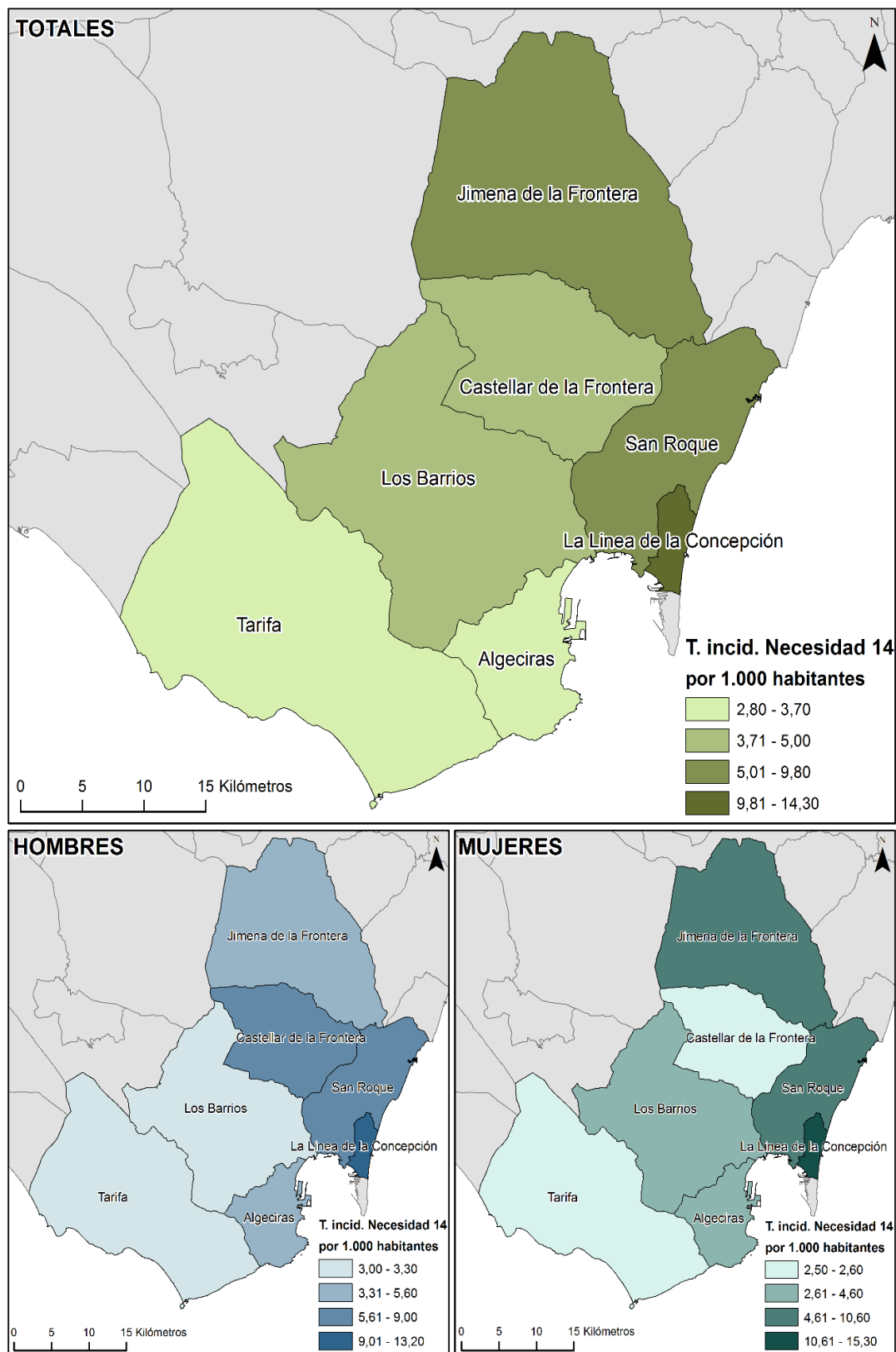
Distribución por municipios de la tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 13



Fuente: Elaboración propia

MAPA 16

Distribución por municipios de las tasa de incidencia de episodios asistenciales con alteración de la necesidad 14



Fuente: Elaboración propia

Distribución Total, por Género y Municipios de los Episodios Asistenciales según Necesidades

Seguidamente se ha estudiado la distribución total, por género y municipios de los episodios asistenciales según las necesidades (tablas 38, 39 y 40).

Los datos se expresan en porcentajes, entre paréntesis, para que sea más fácil observar las diferencias entre municipios y entre sexos. Los porcentajes se obtienen respecto al total de episodios asistenciales para cada municipio y género.

TABLA 38

Distribución de los Episodios Asistenciales según necesidades por municipios y expresada en porcentajes (entre paréntesis), 2010

N	Algeciras n=11.818	Castellar n=461	Jimena n=1.489	La Línea n=8685	Los Barrios n=2.190	San Roque n=4.621	Tarifa n=1.197
N ₁	492 (4,2)	14 (3,0)	64 (4,3)	269 (3,1)	72 (3,3)	97 (2,1)	67 (5,6)
N ₂	889 (7,5)	50 (10,8)	138 (9,3)	668 (7,7)	215 (9,8)	441 (9,5)	129 (10,8)
N ₃	1.574 (13,3)	63 (13,7)	156 (10,5)	1.107 (12,7)	318 (14,5)	564 (12,2)	186 (15,5)
N ₄	2.772 (23,5)	105 (22,8)	426 (26,6)	2.248 (25,9)	467 (21,3)	1.159 (25,1)	371 (31,0)
N ₅	560 (4,7)	23 (5,0)	120 (8,1)	375 (4,3)	120 (5,5)	241 (5,2)	92 (7,7)
N ₆	763 (6,5)	28 (6,1)	71 (4,8)	381 (4,4)	119 (5,4)	310 (6,7)	118 (9,9)
N ₇	285 (2,4)	10 (2,2)	33 (2,2)	96 (1,1)	52 (2,4)	20 (0,4)	13 (1,1)
N ₈	2.169 (18,4)	94 (20,4)	281 (18,9)	1.365 (15,7)	431 (19,7)	855 (18,5)	273 (22,8)
N ₉	4.143 (35,1)	126 (27,3)	514 (34,5)	3.658 (42,1)	620 (28,3)	1.479 (32,0)	356 (29,7)
N ₁₀	372 (3,1)	4 (0,9)	40 (2,7)	224 (2,6)	63 (2,9)	143 (3,1)	52 (4,3)
N ₁₁	164 (1,4)	3 (0,7)	32 (2,1)	120 (1,4)	45 (2,1)	48 (1,0)	21 (1,8)
N ₁₂	2.067 (17,5)	103 (22,3)	270 (18,1)	1.348 (15,5)	288 (13,2)	780 (16,9)	137 (11,4)
N ₁₃	47 (0,4)	1 (0,2)	12 (0,8)	62 (0,7)	12 (0,5)	41 (0,9)	8 (0,7)
N ₁₄	441 (3,7)	16 (3,5)	74 (5,0)	928 (10,7)	90 (4,1)	294 (6,4)	50 (4,2)

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y modelo de Henderson. Elaboración propia

De la tabla anterior se desprende que el orden de mayor a menor, según el número de casos presentados de las necesidades, varía de un municipio a otro. No obstante, en todos ellos existe como denominador común el hecho de que el orden de las tres primeras necesidades es siempre el mismo, es decir, N₉, N₄ y N₈, excepto para los municipios de Castellar (N₉, N₄ y N₁₂) y Tarifa (N₄, N₉ y N₈).

En los gráficos 11 a 17 puede observarse la distribución ordenada de los episodios asistenciales, según necesidades, en porcentajes de mayor a menor, en cada municipio del Campo de Gibraltar.

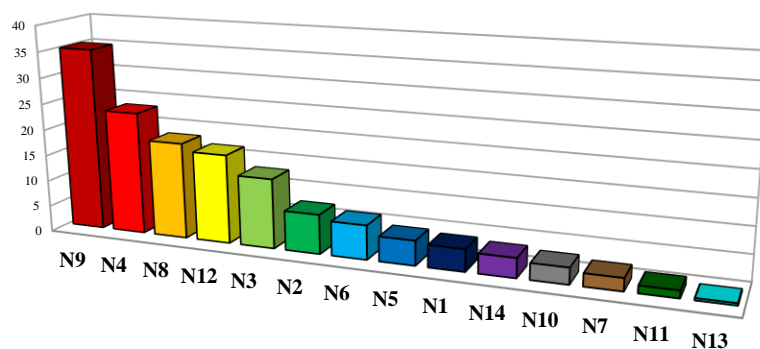


GRÁFICO 11

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **ALGECIRAS**, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)

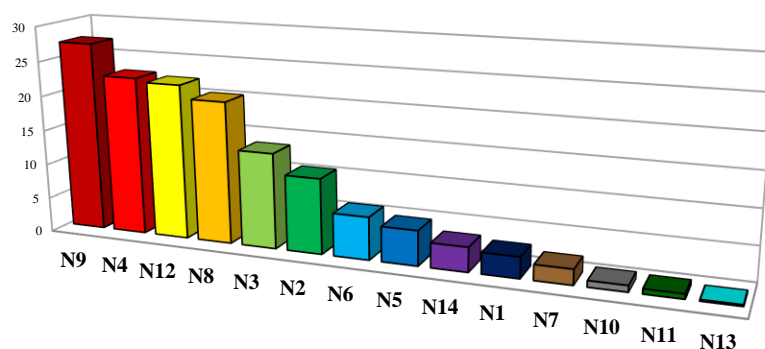


GRÁFICO 12

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **CASTELLAR**, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)

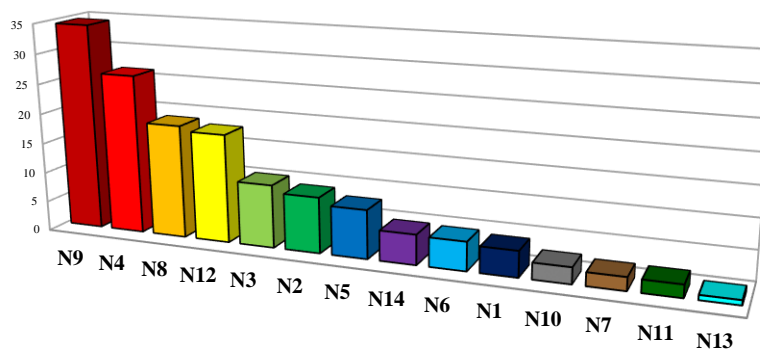
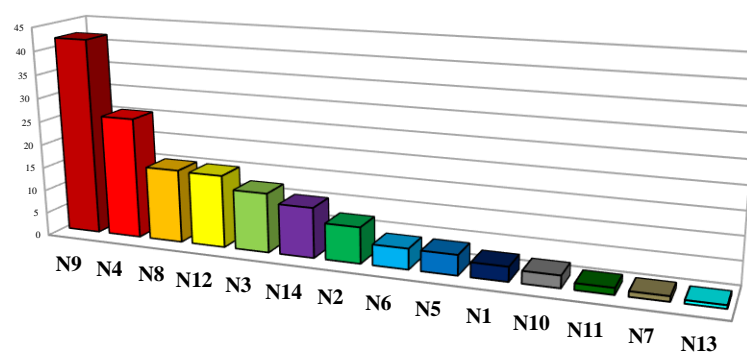
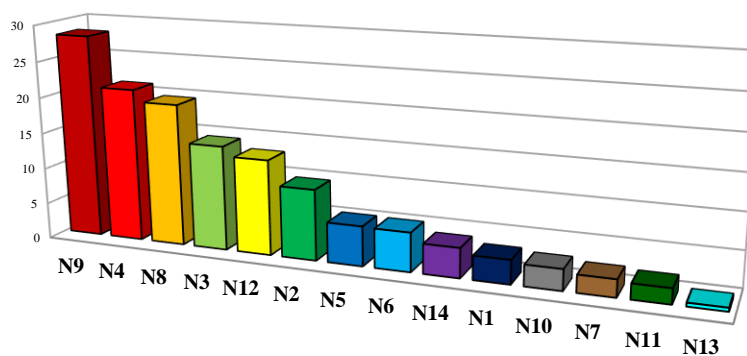


GRÁFICO 13

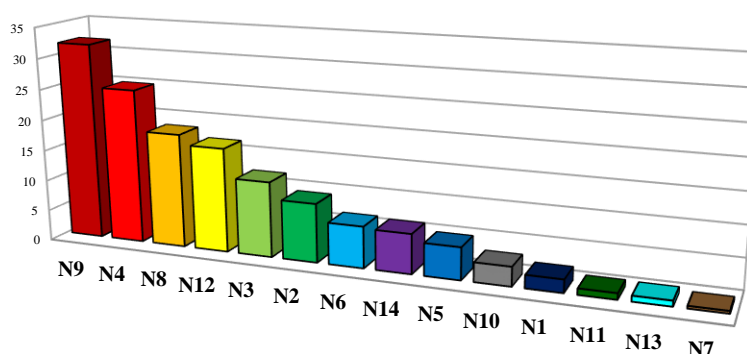
Distribución ordenada de los EA según necesidades en **JIMENA**, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)

**GRÁFICO 14**

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **LA LÍNEA**, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)

**GRÁFICO 15**

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **LOS BARRIOS**, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)

**GRÁFICO 16**

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **SAN ROQUE**, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)

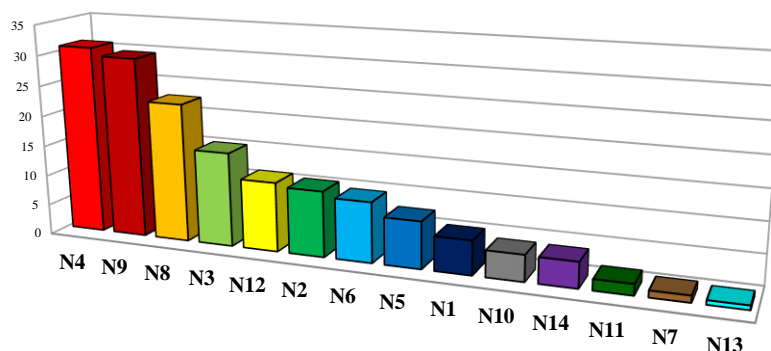


GRÁFICO 17

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **TARIFA**, expresada en porcentajes, para el periodo de estudio (2010)

TABLA 39

Distribución de los Episodios Asistenciales según necesidades por municipios y expresada en porcentajes (entre paréntesis) para el **sexo masculino**, 2010

N	Algeciras n=4.902	Castellar n=215	Jimena n=564	La Línea n=3.720	Los Barrios n=762	San Roque n=1.848	Tarifa n=488
N ₁	272 (5,5)	8 (3,7)	30 (5,3)	144 (3,9)	27 (3,5)	44 (2,4)	35 (7,2)
N ₂	379 (8,5)	21 (9,8)	53 (9,4)	306 (8,2)	84 (11,0)	171 (9,3)	59 (12,1)
N ₃	617 (13,5)	27 (12,6)	48 (8,5)	450 (12,1)	111 (14,6)	183 (9,9)	57 (11,7)
N ₄	1.154 (25,1)	57 (26,5)	154 (27,3)	1.038 (27,9)	164 (21,5)	460 (24,9)	153 (31,4)
N ₅	264 (5,5)	11 (5,1)	44 (7,8)	161 (4,3)	59 (7,7)	87 (4,7)	42 (8,6)
N ₆	331 (6,8)	17 (7,9)	21 (3,7)	190 (5,1)	40 (5,2)	114 (6,2)	49 (10,0)
N ₇	135 (2,9)	4 (1,9)	9 (1,6)	31 (0,8)	21 (2,8)	6 (0,3)	6 (1,2)
N ₈	943 (20,0)	48 (22,3)	96 (17,0)	651 (17,5)	158 (20,7)	354 (19,2)	118 (24,2)
N ₉	1.896 (46,7)	63 (29,3)	198 (35,1)	1.610 (43,3)	239 (31,4)	640 (34,6)	147 (30,1)
N ₁₀	193 (4,3)	1 (0,5)	17 (3,0)	96 (2,6)	14 (1,8)	56 (3,0)	25 (5,1)
N ₁₁	44 (1,1)	3 (1,4)	8 (1,4)	43 (1,2)	7 (0,9)	10 (0,5)	5 (1,0)
N ₁₂	719 (15,9)	41 (19,1)	77 (13,7)	517 (13,9)	91 (11,9)	262 (14,2)	46 (9,4)
N ₁₃	18 (0,4)	---	3 (0,5)	25 (0,7)	4 (0,5)	13 (0,7)	2 (0,4)
N ₁₄	213 (4,3)	12 (5,6)	30 (5,3)	424 (11,4)	38 (5,0)	136 (7,4)	27 (5,5)

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y modelo de Henderson. Elaboración propia

En los hombres, como se aprecia en la tabla anterior, el orden de las primeras necesidades, según el número de casos presentados de mayor a menor en los municipios de la comarca, es el mismo, existiendo, también, una distribución similar en el resto de las necesidades. En Castellar no se identificaron episodios asistenciales relacionados con la N₁₃ para el sexo masculino.

TABLA 40

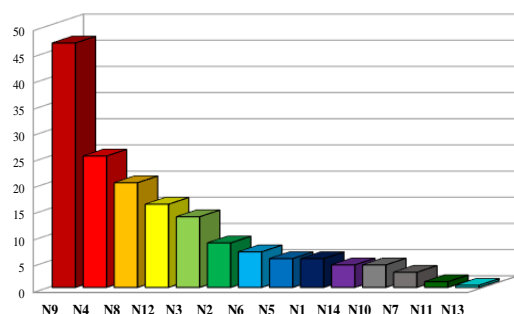
Distribución de los Episodios Asistenciales según necesidades por municipios y expresada en porcentajes (entre paréntesis) para el **sexo femenino**, 2010

N	Algeciras n=6.916	Castellar n=246	Jimena n=925	La Línea n=4.965	Los Barrios n=1428	San Roque n=2.773	Tarifa n=709
N ₁	220 (3,2)	6 (2,4)	34 (3,7)	125 (2,5)	45 (3,2)	53 (1,9)	32 (4,5)
N ₂	510 (7,4)	29 (11,8)	85 (9,2)	362 (7,3)	129 (9,0)	270 (9,7)	70 (9,9)
N ₃	957 (13,8)	36 (14,6)	108 (11,7)	657 (13,2)	207 (14,5)	381 (13,7)	129 (18,2)
N ₄	1.618 (23,4)	48 (19,5)	272 (29,4)	1.210 (24,4)	303 (21,2)	699 (25,2)	218 (30,7)
N ₅	296 (4,3)	12 (4,9)	76 (8,2)	214 (4,3)	72 (5,0)	154 (5,6)	50 (7,1)
N ₆	432 (6,2)	11 (4,5)	50 (5,4)	191 (3,8)	79 (5,5)	196 (7,1)	69 (9,7)
N ₇	150 (2,2)	6 (2,4)	24 (2,6)	65 (1,3)	31 (2,2)	14 (0,5)	7 (1,0)
N ₈	1.226 (17,7)	46 (18,7)	185 (20,0)	714 (14,4)	273 (19,1)	501 (18,1)	155 (21,9)
N ₉	2.247 (32,5)	63 (25,6)	316 (34,2)	2.048 (41,2)	381 (26,7)	839 (30,3)	209 (29,5)
N ₁₀	179 (2,6)	3 (1,2)	23 (2,5)	128 (2,6)	49 (3,4)	87 (3,1)	27 (3,8)
N ₁₁	120 (1,7)	---	24 (2,6)	77 (1,6)	38 (2,7)	38 (1,4)	16 (2,3)
N ₁₂	1.348 (19,5)	62 (25,2)	193 (20,9)	831 (16,7)	197 (13,8)	518 (18,7)	91 (12,8)
N ₁₃	29 (0,4)	1 (0,4)	9 (1,0)	37 (0,7)	8 (0,6)	28 (1,0)	6 (0,8)
N ₁₄	228 (3,3)	12 (4,9)	44 (4,8)	504 (10,2)	52 (3,6)	158 (5,7)	23 (3,2)

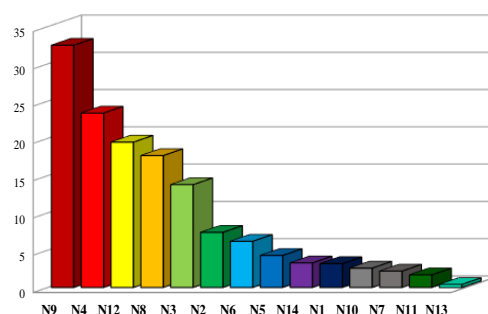
Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y modelo de Henderson. Elaboración propia

En las mujeres, el orden de aparición de las necesidades es desigual respecto al de los hombres y también entre municipios. Puede observarse como es la N₁₂ la que en algunos municipios ocupa el segundo y tercer puesto. En Castellar no se identificaron episodios asistenciales relacionados con la N₁₁ para el sexo femenino.

En los gráficos 18 a 31 puede observarse el porcentaje, expresado en orden descendente, de los episodios asistenciales según necesidades y sexo en cada municipio del Campo de Gibraltar.

**GRÁFICO 18**

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **ALGECIRAS**, expresada en porcentajes, para el sexo **masculino** (2010)

**GRÁFICO 19**

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **ALGECIRAS**, expresada en porcentajes, para el sexo **femenino** (2010)

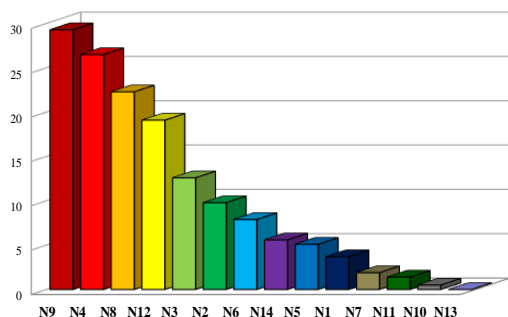


GRÁFICO 20

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **CASTELLAR**, expresada en porcentajes, para el sexo **masculino** (2010)

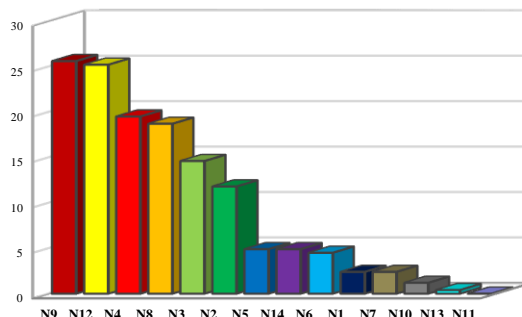


GRÁFICO 21

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **CASTELLAR**, expresada en porcentajes, para el sexo **femenino** (2010)

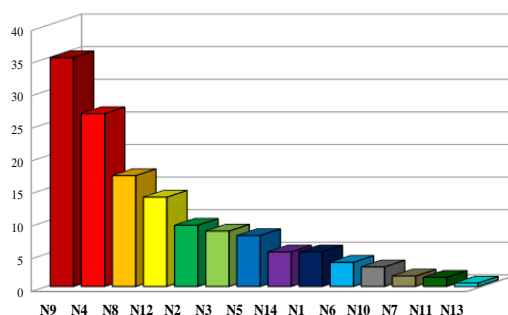


GRÁFICO 22

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **JIMENA**, expresada en porcentajes, para el sexo **masculino** (2010)

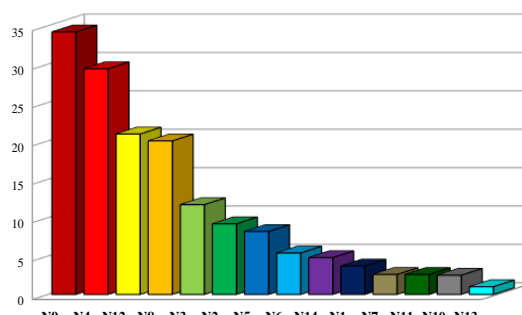


GRÁFICO 23

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **JIMENA**, expresada en porcentajes, para el sexo **femenino** (2010)

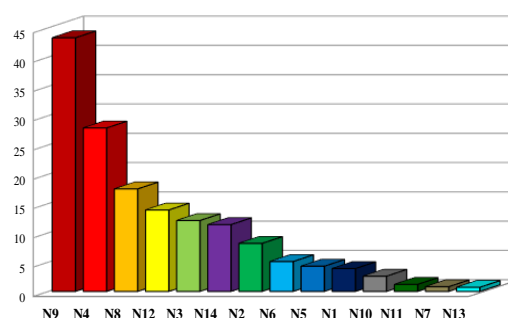


GRÁFICO 24

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **LA LÍNEA**, expresada en porcentajes, para el sexo **masculino** (2010)

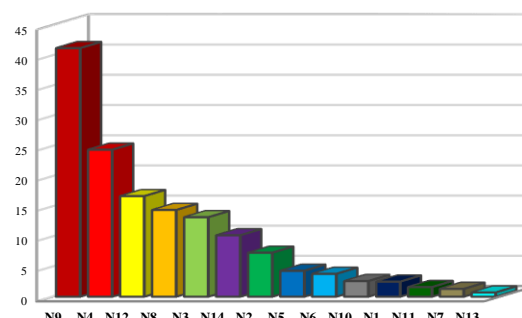
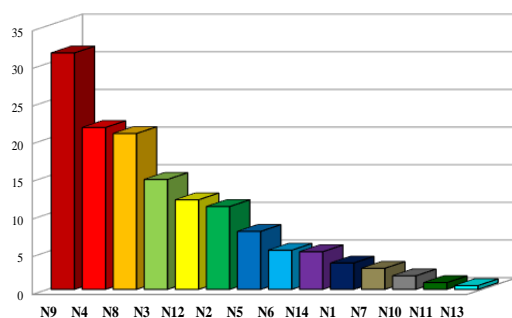
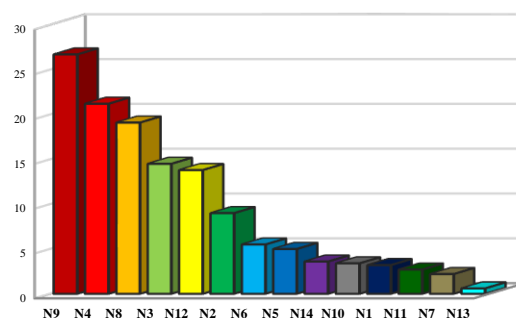


GRÁFICO 25

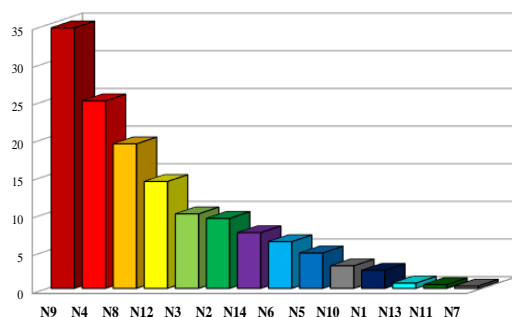
Distribución ordenada de los EA según necesidades en **LA LÍNEA**, expresada en porcentajes, para el sexo **femenino** (2010)

**GRÁFICO 26**

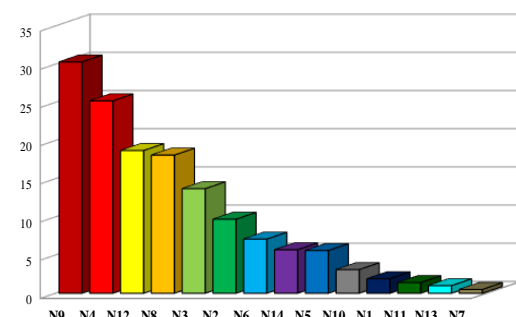
Distribución ordenada de los EA según necesidades en **LOS BARRIOS**, expresada en porcentajes, para el sexo **masculino** (2010)

**GRÁFICO 27**

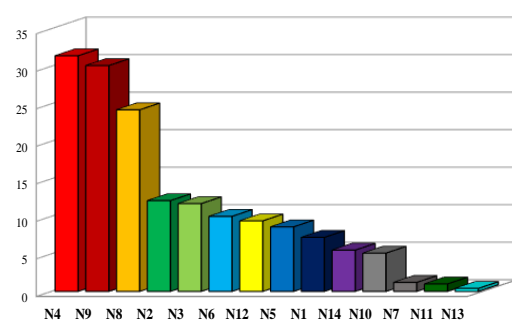
Distribución ordenada de los EA según necesidades en **LOS BARRIOS**, expresada en porcentajes, para el sexo **femenino** (2010)

**GRÁFICO 28**

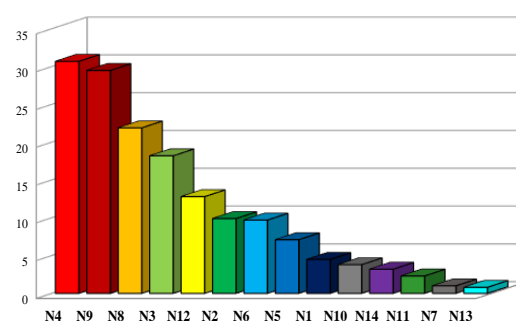
Distribución ordenada de los EA según necesidades en **SAN ROQUE**, expresada en porcentajes, para el sexo **masculino** (2010)

**GRÁFICO 29**

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **SAN ROQUE**, expresada en porcentajes, para el sexo **femenino** (2010)

**GRÁFICO 30**

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **TARIFA**, expresada en porcentajes, para el sexo **masculino** (2010)

**GRÁFICO 31**

Distribución ordenada de los EA según necesidades en **TARIFA**, expresada en porcentajes, para el sexo **femenino** (2010)

Distribución de las Necesidades alteradas según la Edad

Otro aspecto importante a considerar es la diferencia que concurre en cuanto a la edad registrada, en cada necesidad alterada, en el momento del ingreso hospitalario o de la consulta en el centro de salud. Se presentan las medidas de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar) para el total de datos, necesidades y sexos (tabla 41).

TABLA 41

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los pacientes atendidos con necesidades alteradas y género, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

NECESIDAD	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
N1. Respirar con normalidad	T	64	76	0	29,1
	M	60,2	72	0	29,1
	F	68,2	80	0	28,5
N2. Comer y beber de forma adecuada	T	66,9	76	84	24,2
	M	61,5	71	84	26,0
	F	71,0	78	85	22,0
N3. Eliminar por todas las vías corporales	T	71,5	78	81	21,0
	M	66,9	74	84	22,7
	F	74,4	80	81	19,2
N4. Moverse y mantener posturas adecuadas	T	69,8	76	84	20,1
	M	66,9	73	80	20,6
	F	71,9	78	84	19,5
N5. Dormir y descansar	T	58,7	64	81	24,0
	M	54,7	58	81	24,1
	F	61,7	67,5	84	23,4
N6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse	T	68,8	76	82	22,4
	M	64,7	73	82	20,7
	F	71,9	78	82	20,7
N7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales...	T	51,2	70	0	36,8
	M	38,7	31,5	0	37,5
	F	60,1	77	0	33,6
N8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	T	70,8	77	84	20,8
	M	66,4	74	84	22,2
	F	74,2	80	82	19,0
N9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otros	T	61,8	69	84	24,7
	M	59,6	67	78	24,8
	F	63,4	72	84	24,4
N10. Comunicarse con los demás...	T	64,3	73	82	23,9
	M	55,7	58	82	24,6
	F	71,2	79	88	20,9
N11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias	T	66,9	71	67	18,9
	M	58,7	59	58	21,6
	F	70,0	74	67	16,8
N12. Ocuparse de algo que su labor tenga sentido de realización personal	T	63,7	68	81	20,7
	M	61,4	66	82	21,8
	F	64,9	69,5	81	20,0
N13. Participar en actividades recreativa	T	64,3	73	83	23,6
	M	55,3	58	15	25,9
	F	69,2	75	83	20,6
N14. Aprender, descubrir o satisfacer...	T	52,0	61	0	27,4
	M	51,8	62	0	28,3
	F	52,2	59	0	26,5

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar y modelo de Henderson. Elaboración propia

Los resultados obtenidos muestran que la media de edad de los pacientes atendidos es de 63,9 años.

La edad media de los pacientes masculinos es de 58,75 años, mientras que para las mujeres es 67,45. Esta diferencia no debe implicar necesariamente una aparición más tardía de las necesidades en las mujeres. Aspectos más ligados a la expresión de las necesidades o incluso a la variabilidad en la gestión clínica de los casos femeninos y las diferencias sociales de género podrían explicarlo.

La necesidad en la que menor edad presentan los pacientes es en la N₇ - mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente - con una media de 51,2 años y en la que mayor edad, la N₃ - eliminar por todas las vías corporales - con una media de 71,5 años.

Para los pacientes masculinos, la necesidad en la que menor edad se observa es en la N₇, con una media de 38,7 años, y la de mayor, en la N₃ - eliminar por todas las vías corporales - y N₄ - moverse y mantener posturas adecuadas -, ambas con una media de 66,9 años de edad.

Para las pacientes femeninas, la menor edad se observa en la N₁₄ - aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles - con una media de 52,2 años y la mayor edad en la N₃ - eliminar por todas las vías corporales - en la que muestran una media de 74,4 años de edad.

Se observa, además, que en todas las necesidades la edad de las mujeres, en el momento del ingreso hospitalario o de la consulta en el centro de salud, supera a la de los hombres.

Esta diferencia es muy significativa en las necesidades N₂, N₇, N₁₀, N₁₁ y N₁₄ donde se aprecia una diferencia respecto a la edad entre hombres y mujeres de más de 10 años, sobre todo en la N₇ donde las mujeres presentan una media de edad de 60,1 años frente a la de 38,7 que presentan los hombres.

La menor diferencia entre las medias de edad se encuentra en la N₁₄, donde las mujeres obtienen una media de 52,2 años y los hombres de 51,8 años.

Distribución de las Necesidades alteradas según la Edad por Municipios y Sexo

Por municipios y sexos los resultados se exponen en las tablas 42 a 55. Para mayor claridad se especifican los municipios con mayores medias de edad (color rojo) y menores medias de edad (color azul), en su totalidad y por sexos.

Analizadas las necesidades, de forma global, se obtiene que:

La N₇ - mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente - es la que presentan los usuarios con menor media de edad y éstos se encuentran en el municipio de Los Barrios (33,6 años), también para el sexo femenino (35,2 años). Sin embargo, para el sexo masculino, lo es esta misma necesidad, pero en el municipio de Tarifa (23,3 años).

La N₃ - eliminar por todas las vías corporales - es la que presentan los usuarios con mayor media de edad y éstos se identifican en el municipio de Castellar (80,7 años). Por sexos, también es Castellar el municipio donde aparecen los usuarios con mayor media de edad, pero en el sexo masculino la necesidad identificada es la N₄ - moverse y mantener posturas adecuadas - (83,6 años) y en el sexo femenino lo es la N₁₃ - participar en actividades recreativas - (83 años).

TABLA 42

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N1, por municipios y sexos, 2010 (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	61,3	75	0	30,8
	M	56,5	70	0	30,3
	F	67,1	81	0	30,5
CASTELLAR	T	76,1	83	83	22,1
	M	73,3	81	79	28,1
	F	80,0	83	79	7,8
JIMENA	T	74,6	81	88	21,2
	M	68,9	80,5	89	28,0
	F	79,7	81	88	10,3
LA LÍNEA	T	67,2	76	81	25,6
	M	65,3	74,5	81	25,0
	F	69,4	80	88	26,2
LOS BARRIOS	T	54,7	70	2	33,4
	M	58,1	66	79	27,1
	F	52,6	73	2	36,6
SAN ROQUE	T	67,1	74	67	25,3
	M	62,0	71,5	0	26,9
	F	71,4	79	67	23,2
TARIFA	T	63,9	78	0	31,0
	M	55,9	67	0	34,2
	F	72,7	80	83	24,3

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 43

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N2, por municipios y sexos, 2010 (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	64,5	75	85	26,0
	M	59,3	67	84	26,7
	F	68,3	78,5	85	24,6
CASTELLAR	T	76,3	84	84	18,7
	M	72,9	84	90	24,4
	F	78,8	84	85	12,6
JIMENA	T	72,7	80	82	21,3
	M	68,6	80	82	23,9
	F	75,2	80	88	19,1
LA LÍNEA	T	63,7	72	81	25,6
	M	57,9	66	82	26,3
	F	68,6	76	88	23,8
LOS BARRIOS	T	69,3	77	87	23,4
	M	63,2	72,5	84	26,2
	F	73,3	80	87	20,4
SAN ROQUE	T	70,8	76	82	19,5
	M	65,9	75	82	23,0
	F	73,8	77	67	16,2
TARIFA	T	73,8	80	83	20,3
	M	68,9	77	86	24,6
	F	77,9	80	83	14,5

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 44

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N3, por municipios y sexos, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	72,5	80	81	21,1
	M	67,3	75	83	23,4
	F	75,8	81	81	18,6
CASTELLAR	T	80,7	84	84	10,2
	M	79,0	84	90	14,3
	F	82,0	83,5	78	5,1
JIMENA	T	73,6	79	81	17,6
	M	68,4	76	82	20,2
	F	76,0	80	81	15,7
LA LÍNEA	T	64,3	73	88	22,2
	M	62,5	68	88	22,6
	F	69,1	76	86	21,6
LOS BARRIOS	T	75,7	82	85	20,1
	M	72,7	79	79	20,8
	F	77,3	83	85	19,5
SAN ROQUE	T	73,8	79,5	82	18,9
	M	69,6	76	86	20,6
	F	75,8	81	82	17,8
TARIFA	T	75,2	80	83	17,6
	M	69,3	76	86	22,6
	F	77,8	81	83	22,5

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 45

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N4, por municipios y sexos, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	68,8	76	81	21,1
	M	65,4	72	85	21,8
	F	71,2	78	86	20,2
CASTELLAR	T	78,3	83	83	12,7
	M	80,6	84	90	10,9
	F	75,5	81,5	83	14,0
JIMENA	T	74,6	78	74	15,6
	M	73,1	78,5	80	16,2
	F	75,4	78	74	15,1
LA LÍNEA	T	68,1	74	80	20,0
	M	65,6	70	80	19,6
	F	70,3	76	84	20,0
LOS BARRIOS	T	69,9	78	85	22,6
	M	66,4	75	90	23,4
	F	71,8	79	83	21,9
SAN ROQUE	T	71,4	77	82	18,9
	M	69,1	75	82	19,3
	F	72,9	79	82	18,4
TARIFA	T	74,1	79	79	17,6
	M	69,4	76	86	21,6
	F	77,5	80	83	13,3

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 46

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N5, por municipios y sexos, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	52,7	56	66	25,5
	M	49,7	52,5	66	24,4
	F	55,3	61	85	26,1
CASTELLAR	T	71,6	81	84	22,6
	M	65,1	78	88	28,5
	F	77,5	83,5	84	12,6
JIMENA	T	67,8	75	84	21,4
	M	59,3	67	88	25,4
	F	72,8	76,5	84	16,9
LA LÍNEA	T	61,4	66	81	21,0
	M	57,2	61	81	22,0
	F	64,5	68	83	19,7
LOS BARRIOS	T	52,0	50	55	24,9
	M	49,2	50,5	66	24,1
	F	53,8	50	88	25,3
SAN ROQUE	T	64,1	70	67	20,2
	M	62,8	69	77	20,1
	F	64,8	70	87	20,3
TARIFA	T	64,2	74	83	24,9
	M	59,5	65,5	86	26,7
	F	68,1	77,5	83	22,5

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 47

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N6, por municipios y sexos, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	68,7	77	81	23,2
	M	64,3	73	87	24,8
	F	72,1	79	86	21,2
CASTELLAR	T	78,3	85	90	18,3
	M	83,6	87	90	9,5
	F	69,9	82	86	24,6
JIMENA	T	75,2	79	81	17,5
	M	68,7	73	92	19,9
	F	78,0	80,5	76	15,6
LA LÍNEA	T	62,9	69	84	23,6
	M	59,5	66	79	24,2
	F	66,2	72	87	22,5
LOS BARRIOS	T	71,9	81	83	22,6
	M	65,1	76	90	26,5
	F	75,4	81	83	19,4
SAN ROQUE	T	71,4	77	82	19,4
	M	68,0	74	85	20,6
	F	73,4	79	82	18,4
TARIFA	T	72,8	78	82	18,7
	M	70,3	74	74	20,3
	F	74,6	79	98	17,2

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 48

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N7, por municipios y sexos, 2010 (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	42,2	42	0	37,9
	M	30,6	5	0	35,5
	F	52,6	74	0	37,0
CASTELLAR	T	73,5	84	88	22,6
	M	63,5	78,5	88	32,4
	F	80,2	84	85	6,6
JIMENA	T	78,1	84	84	22,4
	M	71,1	85	89	29,9
	F	80,7	84	81	18,2
LA LÍNEA	T	75,6	80	81	18,9
	M	69,9	79	82	25,7
	F	78,4	80	88	13,8
LOS BARRIOS	T	33,6	19,5	0	34,5
	M	31,2	2	0	36,0
	F	35,2	25	0	33,3
SAN ROQUE	T	60,9	67	67	27,4
	M	39,0	36,5	--	35,8
	F	70,2	71,5	67	15,3
TARIFA	T	39,8	40	0	36,8
	M	23,3	1	0	33,8
	F	54,0	80	80	33,3

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 49

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N8, por municipios y sexos, 2010 (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	72,3	78	81	19,9
	M	68,6	75	78	20,7
	F	75,1	81	86	18,8
CASTELLAR	T	78,3	84	90	18,3
	M	81,0	87	90	15,1
	F	75,5	82,5	85	20,7
JIMENA	T	77,1	80	88	16,2
	M	73,6	80	88	20,4
	F	78,9	81	74	13,1
LA LÍNEA	T	66,8	73	86	21,9
	M	62,4	68	80	22,6
	F	70,8	77	86	20,4
LOS BARRIOS	T	71,7	80	85	22,2
	M	64,4	75	90	25,9
	F	75,9	82	85	18,5
SAN ROQUE	T	69,2	76	82	21,1
	M	64,5	72	79	22,4
	F	72,5	79	82	19,4
TARIFA	T	73,5	79	86	19,8
	M	67,7	75,5	86	24,4
	F	77,9	81	83	14,0

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 50

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la **N9**, por municipios y sexos en el Campo de Gibraltar, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	63,2	71	81	24,8
	M	60,2	67	78	25,1
	F	65,7	74	86	24,2
CASTELLAR	T	70,5	78	85	21,8
	M	70,0	81	91	25,2
	F	71,0	77	78	25,1
JIMENA	T	67,4	77	84	23,3
	M	65,5	74,5	84	24,2
	F	68,5	77	81	22,6
LA LÍNEA	T	57,7	64	77	24,8
	M	56,9	64	65	24,5
	F	58,4	64	78	25,0
LOS BARRIOS	T	63,6	74	83	26,0
	M	58,2	67	82	27,1
	F	66,9	76	83	24,6
SAN ROQUE	T	63,2	70	67	23,2
	M	61,2	67	67	23,3
	F	64,7	73	84	22,9
TARIFA	T	67,0	75	86	22,3
	M	65,8	73	86	22,8
	F	67,8	76	83	22,0

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 51

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la **N10**, por municipios y sexos, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	60,8	67	85	24,8
	M	52,8	52	46	24,0
	F	69,4	79	86	22,6
CASTELLAR	T	72,0	74,5	--	11,2
	M	74,0	--	--	0
	F	71,3	75	--	12,9
JIMENA	T	62,7	73,5	81	23,1
	M	51,8	39	82	24,4
	F	70,8	81	81	18,2
LA LÍNEA	T	64,4	73	82	23,7
	M	57,3	63	82	24,3
	F	69,8	76,5	88	21,9
LOS BARRIOS	T	73,6	81	83	18,9
	M	60,3	74,5	82	26,7
	F	77,4	81	83	13,8
SAN ROQUE	T	68,9	77	87	22,7
	M	58,9	65,5	24	26,0
	F	75,3	81	67	17,6
TARIFA	T	64,9	74	83	22,3
	M	63,4	68	86	21,6
	F	66,3	80	83	22,9

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 52

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N11, por municipios y sexos, 2010 (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	63,6	67	85	19,1
	M	53,2	51	46	19,2
	F	67,4	69	85	17,6
CASTELLAR	T	79	89	89	14,1
	M	79	89	89	14,1
	F				
JIMENA	T	68,4	77,5	88	20,5
	M	49,3	42	24	26,0
	F	74,8	81	88	13,2
LA LÍNEA	T	64,0	69,5	88	19,9
	M	58,6	59	58	21,9
	F	67,0	71	88	18,0
LOS BARRIOS	T	74,8	79	87	14,4
	M	79,7	82	84	7,2
	F	73,9	78,5	87	15,2
SAN ROQUE	T	71,3	68	67	15,7
	M	60,1	62	67	17,7
	F	74,2	71	67	13,7
TARIFA	T	78,0	80	80	10,7
	M	79,2	86	86	13,6
	F	77,6	80	80	9,6

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 53

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N12, por municipios y sexos, 2010 (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	64,4	69	82	20,2
	M	60,5	64	82	22,2
	F	66,5	70	78	18,8
CASTELLAR	T	75,1	81	87	15,6
	M	77,7	84	90	15,5
	F	73,4	79	85	15,5
JIMENA	T	67,1	75	81	20,8
	M	63,7	74	84	23,2
	F	68,5	76	81	19,5
LA LÍNEA	T	60,0	63	81	21,7
	M	60,3	64	81	21,1
	F	59,8	63	81	22,0
LOS BARRIOS	T	66,0	72,5	83	20,6
	M	64,6	72	84	20,5
	F	66,6	73	83	20,7
SAN ROQUE	T	63,6	68	67	20,0
	M	60,3	65	83	22,2
	F	65,1	69	67	18,5
TARIFA	T	70,0	77	83	19,1
	M	68,4	74	86	17,0
	F	70,7	79	83	20,0

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 54

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N13, por municipios y sexos, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	60,6	63	74	22,5
	M	49,3	45	74	21,1
	F	67,6	73	85	20,4
CASTELLAR	T	83,0	--	--	0
	M	83,0	--	--	0
	F	83,0	--	--	0
JIMENA	T	71,8	79,5	86	20,8
	M	82,0	82	--	3,3
	F	68,3	76	--	23,0
LA LÍNEA	T	62,6	70,5	82	24,7
	M	49,9	53	87	26,5
	F	71,0	75	92	19,2
LOS BARRIOS	T	59,2	71	83	30,3
	M	57,5	68	--	28,2
	F	60,0	78	83	31,3
SAN ROQUE	T	69,5	76	67	19,3
	M	63,2	76	85	26,4
	F	72,4	75,5	67	14,0
TARIFA	T	66,5	78,5	--	26,2
	M	81,5	81,5	--	4,5
	F	61,5	74	--	28,4

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

TABLA 55

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios atendidos con alteración de la N14, por municipios y sexos, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	55,2	62	79	25,0
	M	54,0	62	80	26,0
	F	56,4	62	80	24,1
CASTELLAR	T	48,1	57	57	30,7
	M	45,1	49,5	--	34,7
	F	57,3	57	57	6,7
JIMENA	T	48,6	53	0	28,0
	M	40,1	41,5	0	28,7
	F	54,3	60,5	81	25,9
LA LÍNEA	T	50,1	60	0	28,5
	M	51,4	64	0	28,9
	F	49,1	55	0	28,1
LOS BARRIOS	T	56,4	60	83	26,1
	M	51,5	59,5	83	29,1
	F	60,0	65,5	85	23,0
SAN ROQUE	T	51,4	60	0	26,9
	M	50,8	60	0	28,7
	F	51,8	60,5	65	25,2
TARIFA	T	61,0	67	74	23,2
	M	60,8	70	74	24,5
	F	61,3	66	83	21,5

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del C.G. Elaboración propia

4.2.3. NECESIDADES Y ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en el total de Necesidades y según Género

Resulta evidente que para completar el estudio sobre las necesidades se hace necesario el análisis de las etiquetas diagnósticas que las componen.

En los 30.461 episodios asistenciales se han identificado 51.499 etiquetas diagnósticas de las cuales se excluyeron 3.744 por tratarse de diagnósticos de promoción de la salud que aparecieron en dichos episodios junto a otras etiquetas diagnósticas, resultando un total de 47.755 etiquetas.

Siguiendo la clasificación de los diagnósticos de enfermería, propuesta en los resultados de la actualización del modelo de Henderson, pág. 207, se han obtenido las frecuencias y porcentajes de cada etiqueta diagnóstica en cada necesidad según el género. Éstas se comentan a continuación (tablas 56 a 69).

TABLA 56

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 1** según género, 2010 (*Fo= Frecuencia observada, %= Porcentaje*)

ETIQUETAS	RESPIRAR NORMALMENTE					
	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Deterioro de la respiración espontánea	58	4,9	27	4,4	31	5,3
Deterioro del intercambio gaseoso	91	7,7	48	7,9	43	7,4
Disminución del gasto cardíaco	44	3,7	17	2,8	27	4,7
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	101	8,5	54	8,9	47	8,1
Patrón respiratorio ineficaz	454	38,2	273	45,0	181	31,2
Perfusión tisular inefectiva	50	4,2	20	3,3	30	5,2
Riesgo de asfixia	32	2,7	13	2,1	19	3,3
Riesgo de aspiración	357	30,1	155	25,5	202	34,8
SUBTOTAL	1.187	100	607	100	580	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

En la N₁, la etiqueta que aparece con mayor frecuencia es la de “*Patrón respiratorio ineficaz*” (38,2%). En hombres se identifica en un 45% y en mujeres en un 31,2%.

La etiqueta menos frecuente es la de “*Riesgo de asfixia*” (2,7%), que, como se puede apreciar, aparece en un 2,1% hombres y en un 3,3% en mujeres.

La etiqueta diagnóstica, incluida en esta necesidad, “*Respuesta disfuncional al destete del ventilador*”, no apareció en ningún episodio asistencial.

TABLA 57

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 2** según género, 2010 (*Fo*= Frecuencia observada, %= Porcentaje)

ETIQUETAS	COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA					
	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Déficit de autocuidados: alimentación	993	36,7	441	38,8	552	5,1
Déficit de volumen de líquido	90	3,3	30	2,6	60	3,8
Desequilibrio nutricional por defecto	390	14,4	182	16,0	208	13,2
Desequilibrio nutricional por exceso	352	13,0	129	11,3	223	14,2
Deterioro de la deglución	202	7,5	89	7,8	113	7,2
Deterioro de la dentición	115	4,2	55	4,8	60	3,8
Exceso de volumen de líquido	45	1,7	12	1,1	33	2,1
Interrupción de la lactancia materna	52	1,9	20	1,8	32	2,0
Lactancia materna ineficaz	1	0,0	---	---	1	0,1
Náuseas	105	3,9	34	3,0	71	4,5
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	3	0,1	1	0,1	2	0,1
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	139	5,1	55	4,8	84	5,3
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	76	2,8	26	2,3	50	3,2
Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto	41	1,5	28	2,5	13	0,8
Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso	105	3,9	36	3,2	69	4,4
SUBTOTAL	2.709	100	1.138	100	1.571	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

En la N₂, la frecuencia más llamativa es la correspondiente a la etiqueta “*Déficit de autocuidados: alimentación*” (36,7%). Los hombres presentan un porcentaje del 38,1% y las mujeres del 35,1%. Analizada dicha etiqueta en su totalidad, de los 993 (100%) usuarios diagnosticados de ella, el 44,4% corresponden al género masculino y el 55,6% al femenino.

Casi inapreciable son los porcentajes de la etiqueta “*Lactancia materna ineficaz*” que aparece como la menos frecuente (0,04%), y únicamente en las mujeres (0,1%).

Es interesante resaltar las diferencias encontradas al analizar las etiquetas de “*Desequilibrio nutricional por defecto*” y “*Desequilibrio nutricional por exceso*”. En ambas los porcentajes de las mujeres superan a los de los hombres.

En la primera, de los usuarios diagnosticados con dicha etiqueta, 390 (100%), los hombres obtienen el 46,7% y las mujeres, algo más de seis puntos por encima, el 53,3%. Pero en la segunda, 352 (100%) diagnosticados, los hombres presentan un porcentaje del 36,6%, mientras que las mujeres presentan el 63,4%, casi treinta puntos por encima que aquellos. Estas diferencias se acentúan si se suma el riesgo de padecer una u otra. Los hombres tienen un *riesgo* de padecer el “*Desequilibrio nutricional por defecto*” (68,3%) muy superior al de la mujeres (37,3%); sin embargo, las mujeres presentan más *riesgo* de presentar un “*Desequilibrio nutricional por exceso*” (65,7%) que los hombres (34,3%).

TABLA 58

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 3** según género, 2010 (*Fo*= Frecuencia observada, %= Porcentaje)

ETIQUETAS	ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES					
	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Déficit de autocuidado: uso del WC	838	19,6	341	21,1	497	18,7
Deterioro de la eliminación urinaria	600	14,1	254	15,7	346	13,0
Diarrea	146	3,4	72	4,5	74	2,8
Estreñimiento	330	7,7	133	8,2	197	7,4
Estreñimiento subjetivo	10	0,2	5	0,3	5	0,2
Incontinencia fecal	319	7,5	123	7,6	196	7,4
Incontinencia urinaria de esfuerzo	114	2,7	13	0,8	101	3,8
Incontinencia urinaria de urgencia	253	5,9	60	3,7	193	7,3
Incontinencia urinaria funcional	506	11,9	143	8,9	363	13,7
Incontinencia urinaria refleja	84	2,0	41	2,5	43	1,6
Incontinencia urinaria total	343	8,0	131	8,1	212	8,0
Retención urinaria	40	0,9	21	1,3	19	0,7
Riesgo de estreñimiento	649	15,2	264	16,4	385	14,5
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	38	0,9	12	0,7	26	1,0
SUBTOTAL	4.270	100	1.613	100	2.657	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

La etiqueta diagnóstica “*Déficit de autocuidado: uso del WC*” es la más frecuente en la N₃ (19,6%); en los hombres aparece en un porcentaje del 21,1% y en las mujeres en un 18,7%.

La etiqueta que presenta menor frecuencia en esta necesidad es la de “*Estreñimiento subjetivo*”, 0,3% para los hombres y 0,2% para las mujeres.

Es muy llamativa la diferencia entre hombres y mujeres respecto de las etiquetas “*Incontinencia urinaria de esfuerzo*”, “*Incontinencia urinaria de urgencia*” e “*Incontinencia urinaria funcional*”, en las que las mujeres, en las tres

etiquetas, superan ampliamente a los hombres: del total de la primera, 114 (100%), el 11,4% corresponden a hombres y el 88,6% a mujeres; del total de la segunda, 253 (100%), el 23,7% corresponden a hombres y el 76,3 a mujeres y del total de la tercera, 506 (100%), el 28,3 se identifican en hombres y el 71,7 en mujeres.

La etiqueta diagnóstica, perteneciente a esta necesidad, “*Incontinencia urinaria por rebosamiento*” no se identificó en ningún episodio asistencial.

TABLA 59

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 4** según género, 2010 (*Fo= Frecuencia observada, %= Porcentaje*)

MOVERSE Y MANTENER PORSTURAS ADECUADAS						
ETIQUETAS	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Deterioro de la deambulación	1.149	14,4	425	12,5	724	15,7
Deterioro de la habilidad para la traslación	733	9,2	264	7,8	469	10,2
Deterioro de la movilidad en la cama	234	2,9	81	2,4	153	3,3
Deterioro de la movilidad física	2.941	36,7	1.196	35,3	1.745	37,8
Deterioro de la movilidad física en silla de ruedas	96	1,2	40	1,2	56	1,2
Fatiga	208	2,6	68	2,0	140	3,0
Intolerancia a la actividad	1.886	23,6	964	28,4	922	20,0
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	37	0,5	17	0,5	20	0,4
Riesgo de intolerancia a la actividad	355	4,4	174	5,1	181	3,9
Riesgo de síndrome de desuso	364	4,5	159	4,7	205	4,4
Sedentarismo	3	0,0	2	0,1	1	0,0
SUBTOTAL	8.006	100	3.390	100	4.616	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

La etiqueta “*Deterioro de la movilidad física*” en la N₄ es la que mayor frecuencia presenta (36,7%). En los hombres representa el 35,3% de los casos para dicha necesidad mientras que en las mujeres el 37,8%.

Inapreciables son, prácticamente, los porcentajes de la etiqueta “*Sedentarismo*”, (0,04%), el 0,1% aparece en hombres y el 0,02% en mujeres.

Sin embargo son llamativas las diferencias entre hombres y mujeres en las etiquetas de “*Deterioro de la deambulación*” (1.149 casos - 100% -, 37% en hombres y 63% en mujeres), “*Deterioro de la habilidad para la traslación*” (733 casos - 100% -, 36% en hombres y 64% en mujeres), “*Deterioro de la movilidad en la cama*” (234 casos - 100% -, 34,6% en hombres y 65,4% en mujeres) y “*Fatiga*” (208 casos - 100% -, 32,7% en hombres y 67,3% en mujeres).

TABLA 60Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 5** según género, 2010 (*Fo*= Frecuencia observada, %= Porcentaje)

ETIQUETAS	DORMIR Y DESCANSAR					
	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Deprivación de sueño	149	9,5	68	10,2	81	9,0
Deterioro del patrón de sueño	182	11,6	50	7,5	132	14,7
Dolor agudo	739	47,1	348	52,0	391	43,5
Dolor crónico	330	21,0	106	15,8	224	24,9
Insomnio	168	10,7	97	14,5	71	7,9
SUBTOTAL	1.568	100	669	100	899	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

El diagnóstico que más se repite en esta necesidad es “*Dolor agudo*”, existiendo escasa diferencia entre hombres (47,1%) y mujeres (52,9%) sobre el total de éste. Sin embargo, en el diagnóstico de “*Dolor crónico*” se produce una importante diferencia entre sexos. Mientras del total de diagnosticados con esta etiqueta, 330 (100%) el 32,1% pertenecen al sexo masculino, el 67,9% pertenecen al femenino.

El diagnóstico menos frecuente, en esta necesidad, es distinto en hombres que en mujeres. Mientras en los primeros es el de “*Deterioro del patrón del sueño*” (7,5%), en las segundas es “*Insomnio*” (7,9%).

Curiosamente, en estos dos últimos diagnósticos las diferencias entre hombres y mujeres se hacen muy patentes: del total de los diagnósticos de “*Deterioro del patrón del sueño*”, 182 (100%), el 27,5% corresponden a hombres y el 72,5% a mujeres; en la etiqueta de “*Insomnio*”, ocurre lo contrario aunque en menor porcentaje que el anterior, del total de los diagnósticos de “*Insomnio*”, 168 (100%), el 57,7% pertenecen a hombres y el 42,3% a mujeres. Al parecer, los hombres tendrían mayores problemas para conciliar el sueño, mientras que las mujeres, debido a factores externos, sufrirían mayores interrupciones de éste.

TABLA 61Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 6** según género, 2010 (*Fo*= Frecuencia observada, %= Porcentaje)

ETIQUETAS	ESCOGER ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE					
	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento	1.790	100	762	100	1.028	100
SUBTOTAL	1.790	100	762	100	1.028	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

La N₆ está constituida por una sola etiqueta diagnóstica, “*Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento*”. Ésta fue identificada en 762 hombres, con una tasa de incidencia (TI) por mil habitantes del Campo de Gibraltar de 6,7 y en 1.028 mujeres, con una tasa de incidencia de 7,7 (ambos con un porcentaje del 100% en la necesidad).

TABLA 62

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 7** según género, 2010 (*Fo= Frecuencia observada, %= Porcentaje*)

MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL...						
ETIQUETAS	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Hipertermia	110	20,7	59	26,6	51	16,5
Hipotermia	2	0,4	1	0,5	1	0,3
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	254	47,7	88	39,6	166	53,5
Riesgo de hipotermia	1	0,2	1	0,5	---	---
Termorregulación ineficaz	165	31,0	73	32,9	92	29,7
SUBTOTAL	532	100	222	100	310	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

El diagnóstico “*Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal*” es el de mayor porcentaje en la N₇ (47,7%).

Analizado, presenta una importante diferencia entre ambos sexos, puesto que del total, 254 (100%), 34,6% corresponden a hombres y 65,4% a mujeres.

Por el contrario, los diagnósticos de “*Hipotermia*” y “*Riesgo de hipotermia*”, se identificaron en un porcentaje mínimo, no apareciendo ningún episodio con este último en el sexo femenino.

TABLA 63

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 8** según género, 2010 (*Fo= Frecuencia observada, %= Porcentaje*)

MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL						
ETIQUETAS	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Déficit de autocuidado: baño / higiene	2.089	36,0	878	35,0	1.211	36,8
Deterioro de la integridad cutánea	1.561	26,9	744	29,7	817	24,8
Deterioro de la integridad tisular	186	3,2	86	3,4	100	3,0
Deterioro de la mucosa oral	58	1,0	20	0,8	38	1,2
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1.893	32,6	778	31,0	1.115	33,9
Riesgo de deterioro de la integridad tisular	13	0,2	1	0,0	12	0,4
SUBTOTAL	5.800	100	2.507	100	3.293	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

En la N₈, el diagnóstico de “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*” es el de mayor porcentaje (36%). Por sexos, en los hombres aparece en un 35% y en las mujeres en un 36,8%.

El diagnóstico que aparece con menor porcentaje es el de “*Riesgo de deterioro de la integridad tisular*” (0,2%).

Es importante resaltar, también, dadas sus frecuencias y la repercusión en el trabajo cotidiano del personal de enfermería, los diagnósticos de “*Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*” y “*Deterioro de la integridad cutánea*”. Entre ambos (60%) superan la suma de los porcentajes del resto de las etiquetas de esta necesidad.

Del total de usuarios diagnosticados de “*Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*”, 1.893 (100%), los hombres representan el 41,1% frente al 58,9% de las mujeres, lo que indicaría que éstas están en un *riesgo* superior de padecer un deterioro de la dermis, epidermis o de ambas que los hombres. Al mismo tiempo, del total de usuarios diagnosticados de “*Deterioro de la integridad cutánea*”, 1.561 (100%), los hombres representan el 47,7% y las mujeres el 52,3% por lo que también las mujeres padecen más que los hombres los trastornos de la epidermis, dermis o ambas.

Profundizando en ambos diagnósticos, por separado, se obtiene que:

El diagnóstico de “*Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*” se diagnostica con mayor frecuencia en el municipio de Castellar (8,2%), con una tasa de incidencia por mil habitantes de 11,9 (TI en hombres de 12,5 y TI en mujeres de 11,4); la media de edad de los diagnosticados es de 80,1 años (79,5 años de media en los hombres y 80,3 años de media en las mujeres), y el diagnóstico se realiza en un 55,3% en los centros de salud de Castellar y en un 44,7% en el hospital de La Línea de usuarios residentes en Castellar.

Respecto del diagnóstico de “*Deterioro de la integridad cutánea*”, aparece con mayor frecuencia en el municipio de Los Barrios (6,1%) con una tasa de incidencia de 5,8 (TI en hombres de 5,3 y TI en mujeres de 6,4); en una media de

edad de 66,4 años (61,5 de media en los hombres y 70,4 de media en las mujeres) y con un elevado porcentaje de los episodios registrados con esta etiqueta en los centros de salud (63,2%) frente a los registrados en el hospital de Algeciras de los residentes en este municipio (36,8%).

Por último, hemos de señalar la llamativa diferencia entre porcentajes en los que aparece en esta necesidad el diagnóstico de “*Deterioro de la integridad tisular*” (3,2%), respecto del de “*Deterioro de la integridad cutánea*” (32,6%).

TABLA 64

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 9** según género, 2010 (*Fo*= Frecuencia observada, %= Porcentaje)

ETIQUETAS	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Afrontamiento defensivo	38	0,3	11	0,2	27	0,4
Afrontamiento inefectivo de la comunidad	6	0,0	5	0,1	1	0,0
Ansiedad	3.061	23,8	1.229	21,3	1.832	25,9
Automutilación	5	0,0	3	0,1	2	0,0
Capacidad adaptativa intracraneal disminuida	2	0,0	2	0,0	---	---
Conducta desorganizada del lactante	2	0,0	---	---	2	0,0
Confusión aguda	110	0,9	51	0,9	59	0,8
Confusión crónica	464	3,6	183	3,2	281	4,0
Contaminación	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Desatención unilateral	18	0,1	9	0,2	9	0,1
Deterioro de la memoria	330	2,6	116	2,0	214	3,0
Incumplimiento del tratamiento	246	1,9	132	2,3	114	1,6
Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad	34	0,3	10	0,2	24	0,3
Negación ineficaz	43	0,3	18	0,3	25	0,4
Perturbación del campo de energía	38	0,3	14	0,2	24	0,3
Protección inefectiva	285	2,2	143	2,5	142	2,0
Retraso en el crecimiento y desarrollo	210	1,6	122	2,1	88	1,2
Retraso en la recuperación quirúrgica	26	0,2	11	0,2	15	0,2
Riesgo de automutilación	1	0,0	---	---	1	0,0
Riesgo de caídas	2.148	16,7	890	15,4	1.258	17,8
Riesgo de confusión aguda	3	0,0	1	0,0	2	0,0
Riesgo de contaminación	1	0,0	---	---	1	0,0
Riesgo de deterioro de la función hepática	5	0,0	3	0,1	2	0,0
Riesgo de glucemia inestable	77	0,6	40	0,7	37	0,5
Riesgo de incumplimiento del tratamiento	13	0,1	6	0,1	7	0,1
Riesgo de infección	3.666	28,5	1.833	31,8	1.833	25,9
Riesgo de intoxicación	23	0,2	17	0,3	6	0,1
Riesgo de lesión	250	1,9	121	2,1	129	1,8
Riesgo de lesión perioperatoria	25	0,2	8	0,1	17	0,2
Riesgo de síndrome de estrés del traslado	2	0,0	---	---	2	0,0
Riesgo de síndrome postraumático	20	0,2	6	0,1	14	0,2
Riesgo de suicidio	19	0,1	8	0,1	11	0,2
Riesgo de traumatismo	130	1,0	54	0,9	76	1,1
Riesgo de violencia autodirigida	90	0,7	47	0,8	43	0,6
Riesgo de violencia dirigida a otros	131	1,0	90	1,6	41	0,6
Síndrome de estrés del traslado	8	0,1	4	0,1	4	0,1
Síndrome postraumático	5	0,0	1	0,0	4	0,1
Temor	445	3,5	194	3,4	251	3,6

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	5	0,0	5	0,1	---	---
Trastorno de la percepción sensorial	545	4,2	224	3,9	321	4,5
Trastorno de los procesos de pensamiento	308	2,4	158	2,7	150	2,1
Vagabundeo	2	0,0	2	0,0	---	---
SUBTOTAL	12.841	100	5.771	100	7.070	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

De las etiquetas diagnósticas que componen la N₉, la de “*Riesgo de infección*” es la más frecuente (28,5%). En los hombres representa el 31,8%, y en las mujeres un 25,9%. En las mujeres, ese mismo porcentaje, 25,9%, aparece en la etiqueta diagnóstica de “*Ansiedad*” que, como puede apreciarse en la tabla anterior, aparece, también, en esta necesidad en un porcentaje muy elevado (23,8%).

El diagnóstico de “*Ansiedad*” es muy llamativo en el municipio de La Línea respecto del resto de municipios. Representan el 16,5%, del total de episodios recogidos en esta ciudad (TI=22,1). De ellos, el 38,6% se diagnostican en hombres (TI=17,3) y el 61,4% en mujeres (TI=26,8). La media de edad de los diagnosticados es de 51,2 años (54,2 años de media en los hombres y 49,3 en las mujeres) y es muy sorprendente la enorme diferencia encontrada entre los centros sanitarios donde ésta fue identificada: mientras en los centros de salud de La Línea se diagnosticó en un 2,8%, en el hospital de esta ciudad, se diagnosticó en un 97,2% en usuarios residentes en la misma. Este hecho es constatable en todos los municipios de la comarca, y analizando, de forma global, los 3.061 casos, resulta que tan sólo 126 (4,1%) se diagnosticaron en centros de salud y 2.935 (95,9%) en ambos hospitales de la comarca. Es de suponer, por tanto, que el medio hospitalario genera en el usuario más sentimiento de aprensión o de vaga amenaza relacionada con la anticipación de un peligro desconocido que los centros de salud.

Otro diagnóstico que aparece con un porcentaje muy elevado en esta necesidad es el de “*Riesgo de caídas*” (16,7%). En los hombres representa el 15,4% y en las mujeres el 17,8%. Del total de usuarios diagnosticados con esta etiqueta, 2.148 (100%), el 41,4% fueron hombres y el 58,6% mujeres. La media de edad de éstos es de 76,2 años (73,7 años de media en los hombres y 77,9 en las mujeres) y el municipio que presenta mayor porcentaje de diagnosticados es

Algeciras, 36,2%, de ellos 41,8% son hombres y 58,2% mujeres, aunque el municipio que presenta mayor tasa de incidencia es el de Jimena (TI=16; TI=10,4 en hombres y TI=22 en mujeres).

Finalmente, hacemos constar que las etiquetas diagnósticas pertenecientes a esta necesidad que a continuación se citan, no aparecieron en ningún episodio asistencial: “*Disreflexia autónoma*”, “*Respuesta alérgica al látex*”, “*Riesgo de conducta desorganizada del lactante*”, “*Riesgo de crecimiento desproporcionado*”, “*Riesgo de disreflexia autónoma*”, “*Riesgo de respuesta alérgica al látex*”, “*Riesgo de retraso en el desarrollo*”, “*Riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante*”, “*Síndrome traumático de la violación*”, “*Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta*” y “*Síndrome traumático de la violación: reacción silenciosa*”.

TABLA 65

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 10** según género, 2010 (*Fo= Frecuencia observada, %= Porcentaje*)

ETIQUETAS	COMUNICARSE CON LOS DEMÁS...					
	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Aislamiento social	91	9,4	33	7,6	58	10,9
Deterioro de la comunicación verbal	302	31,2	165	37,8	137	25,8
Deterioro de la interacción social	149	15,4	86	19,7	63	11,9
Disfunción sexual	2	0,2	1	0,2	1	0,2
Riesgo de soledad	83	8,6	22	5,0	61	11,5
Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno	340	35,2	129	29,6	211	39,7
SUBTOTAL	967	100	436	100	531	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

En la N₁₀, la etiqueta que presenta mayor porcentaje es “*Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno*” (35,2%). Analizada, la misma por sexos, se obtiene que del total de usuarios diagnosticados con esta etiqueta, 340 (100%), en los hombres se diagnostica en un 37,9% mientras que en las mujeres es en un 62,1%.

La etiqueta “*Disfunción sexual*” es la que aparece con menor frecuencia, tan solo en 2 casos (0,2%). Entre los hombres se diagnosticó en un solo caso (0,2%) y entre las mujeres en otro (0,2%).

La etiqueta “*Patrón sexual inefectivo*”, perteneciente, también, a esta necesidad, no se identificó en ningún episodio asistencial.

TABLA 66

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 11** según género, 2010 (*Fo= Frecuencia observada, %= Porcentaje*)

VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES						
ETIQUETAS	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Aflicción crónica	41	8,0	7	4,7	34	9,4
Ansiedad ante la muerte	42	8,2	16	10,7	26	7,2
Conflicto de decisiones	43	8,4	14	9,4	29	8,0
Desesperanza	115	22,5	37	24,8	78	21,6
Duelo	10	2,0	6	4,0	4	1,1
Duelo anticipado	74	14,5	16	10,7	58	16,1
Duelo disfuncional	88	17,3	17	11,4	71	19,7
Impotencia	35	6,9	13	8,7	22	6,1
Riesgo de impotencia	30	5,9	10	6,7	20	5,5
Riesgo de sufrimiento espiritual	3	0,6	2	1,3	1	0,3
Sufrimiento espiritual	28	5,5	11	7,4	17	4,7
Sufrimiento moral	1	0,2	---	---	1	0,3
SUBTOTAL	510	100	149	100	361	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

En la N₁₁, el diagnóstico con mayor porcentaje es el de “*Desesperanza*”, 22,5% del total de diagnósticos de esta necesidad. En el sexo masculino apareció en un 24,8% y en el sexo femenino en un 21,6%. Sin embargo, analizándolo por género, del total de diagnósticos de “*Desesperanza*”, 115 (100%), en los hombres se identifica en un 32,2% y en las mujeres, en más del doble, 67,8%.

El diagnóstico de “*Sufrimiento moral*” es el de menor porcentaje en esta necesidad (0,2%), aparece en 1 solo caso, identificado en el sexo femenino (0,3%).

Las etiquetas diagnósticas “*Deterioro de la religiosidad*”, “*Riesgo de compromiso de la dignidad humana*” y “*Riesgo de deterioro de la religiosidad*”, pertenecientes, también, a esta necesidad no se identificaron en ningún episodio asistencial.

TABLA 67

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 12** según género, 2010 (*Fo= Frecuencia observada, %= Porcentaje*)

ETIQUETAS	OCUPARSE DE ALGO...					
	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Afrontamiento familiar comprometido	508	9,2	188	9,7	320	9,0
Afrontamiento familiar incapacitante	56	1,0	19	1,0	37	1,0
Afrontamiento inefectivo	293	5,3	146	7,5	147	4,1
Baja autoestima crónica	53	1,0	13	0,7	40	1,1
Baja autoestima situacional	153	2,8	59	3,0	94	2,6
Cansancio del rol de cuidador	344	6,3	80	4,1	264	7,4
Conflicto del rol parental	24	0,4	8	0,4	16	0,5
Desempeño inefectivo del rol	22	0,4	6	0,3	16	0,5
Deterioro de la adaptación	103	1,9	37	1,9	66	1,9
Deterioro en el mantenimiento del hogar	1.327	24,1	466	24,0	861	24,2
Deterioro parental	23	0,4	8	0,4	15	0,4
Estrés por sobrecarga	1	0,0	1	0,1	---	---
Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo	109	2,0	51	2,6	58	1,6
Interrupción de los procesos familiares	64	1,2	15	0,8	49	1,4
Manejo inefectivo del régimen terapéutico (especificar)	587	10,7	261	13,4	326	9,2
Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar	57	1,0	18	0,9	39	1,1
Mantenimiento inefectivo de la salud	397	7,2	177	9,1	220	6,2
Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo	57	1,0	38	2,0	19	0,5
Riesgo de baja autoestima situacional	375	6,8	91	4,7	284	8,0
Riesgo de cansancio del rol de cuidador	820	14,9	215	11,1	605	17,0
Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño	4	0,1	4	0,2	---	---
Riesgo de deterioro parental	11	0,2	4	0,2	7	0,2
Riesgo de interrupción de los procesos familiares	29	0,5	10	0,5	19	0,5
Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico	4	0,1	2	0,1	2	0,1
Trastorno de la identidad personal	32	0,6	13	0,7	19	0,5
Trastorno de la imagen corporal	45	0,8	14	0,7	31	0,9
SUBTOTAL	5.498	100	1.944	100	3.554	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

En la N₁₂, el diagnóstico más frecuente es el de “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*” (24,1%). En los hombres representa el 24% y en las mujeres el 24,2%. Analizado por sexos, del total de los existentes, 1.327 (100%), en hombres aparece en un 35,1% y en mujeres en un 64,9%.

El diagnóstico menos frecuente en esta necesidad es el de “*Estrés por sobrecarga*” que tan solo aparece en 1 caso, en el sexo masculino (0,1%).

Importantes diferencias, en cuanto al género, aparecen en los porcentajes de la etiqueta “*Riesgo de cansancio del rol de cuidador*”: del total de usuarios

diagnosticados, 820 (100%), el 26,2% se identifica en hombres y el 73,8% en mujeres.

Dada la frecuencia diagnóstica de esta etiqueta y el importante papel que los profesionales de enfermería pueden desempeñar respecto a aumentar el grado de conocimientos y habilidades del cuidador habitual para brindar los cuidados, se ha considerado importante profundizar sobre la misma.

De los municipios de la comarca es el de San Roque el que presenta mayor porcentaje en el diagnóstico de “*Riesgo de cansancio del rol de cuidador*” (3,6%) y mayor tasa de incidencia, 5,5 por mil habitantes (TI en hombres de 2,2 y TI en mujeres de 8,9).

Por municipios, son tan sorprendentes las diferencias halladas en la etiqueta de “*Riesgo de cansancio del rol de cuidador*”, respecto a los porcentajes y tasas de incidencia según el género, que resulta interesante hacer referencias a las mismas: en el municipio de Algeciras, se identificó en un porcentaje del 27,4% en el sexo masculino (TI=1,6) frente a un 72,6% del sexo femenino (TI=4,1); en Castellar, un 11,1% masculinos (TI=0,6) y un 88,9% femeninos (TI=5,1); en Jimena, un 14,7% en hombres (TI=0,9) y 85,3% en mujeres (TI=5,8); en La Línea, un 30,4% en hombres (TI=2,2) y un 69,6% en mujeres (TI=4,9); en Los Barrios, 32,4% hombres (TI=1) y 67,6% en mujeres (TI=2); en San Roque, 19,9% en hombres (TI=2,2) y 80,1% en mujeres (TI=8,9), y en Tarifa, 25% en hombres (TI=0,2) y 75% en mujeres (TI=0,7).

La media de edad de los usuarios diagnosticados de “*Riesgo de cansancio del rol de cuidador*” es de 62,2 años, 63,8 años la media de edad en los hombres y de 61,6 años de media en las mujeres.

Según los centros asistenciales donde fueron identificados los episodios con dicha etiqueta, el 93,7% de los casos se diagnosticaron en los centros de salud de la comarca (25% hombres y 75% mujeres) y el 6,3% en los hospitales, de ellos 50% en el hospital de Algeciras (42,3% hombres y 57,7% mujeres) y el 50% en el de La Línea (53,8% hombres y 46,2% mujeres).

A la vista de los resultados puede asegurarse, en este estudio, que el rol de cuidador principal/habitual está claramente vinculado a la mujer y que, por tanto, en ésta la sensación de que le resulta difícil seguir desempeñando ese papel es mucho más acuciada que en el hombre.

TABLA 68

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 13** según género, 2010 (*Fo= Frecuencia observada, %= Porcentaje*)

ETIQUETAS	JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS					
	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Déficit de actividades recreativas	183	100	65	100	118	100
SUBTOTAL	183	100	65	100	118	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

La N₁₃ está constituida por una sola etiqueta diagnóstica, “*Déficit de actividades recreativas*”. Ésta fue identificada en 183 episodios asistenciales. Entre los hombres se identificó en 65 casos (100%) y en las mujeres en 118 (100%).

Es importante resaltar que analizada por sexos y en el total de las etiquetas halladas, las mujeres presentan mayor déficit de actividades recreativas (64,5%) que los hombres (35,5%).

La edad media de los usuarios con diagnóstico de “*Déficit de actividades recreativas*” es de 64,2 años y llama la atención que analizando los 183 casos identificados por grupos etarios, no aparecieron episodios asistenciales en niños pequeños, ni preescolares; tan solo, se encontraron 5 casos en escolares (2,7%) y 11 en adolescentes (6%); el resto aparecieron en adultos y ancianos (91,3%).

TABLA 69

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas en la **necesidad 14** según género, 2010 (*Fo= Frecuencia observada, %= Porcentaje*)

ETIQUETAS	APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER...					
	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Conocimientos deficientes	1.894	100	880	100	1.014	100
SUBTOTAL	1.894	100	880	100	1.014	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, NANDA-I y modelo de Henderson. Elaboración propia

La N₁₄ está constituida, también, por una sola etiqueta diagnóstica, “*Conocimientos deficientes*”. Sorprende el número de episodios asistenciales en los que ésta fue identificada: 1.894. En los hombres apareció en 880 casos y en las mujeres en 1.014. También en dicha etiqueta existen diferencias en cuanto al sexo y, una vez más, el porcentaje de las mujeres 53,5% es superior al de los hombres 46,5%.

El diagnóstico de “*Conocimientos deficientes*” es muy llamativo en el municipio de La Línea respecto del resto de municipios. Representan el 10,7%, del total de episodios recogidos en esta ciudad (TI=14,3). De ellos, el 45,7% se diagnostica en hombres (TI=13,2) y el 54,3% en mujeres (TI=15,3).

En el análisis de los estadísticos descriptivos de esta necesidad, en dicho municipio (tabla 55), puede observarse como la media de edad de los usuarios que presentan este diagnóstico es de 50,1 años (51,4 años de media en los hombres y 49,1 años de media en las mujeres). Sin embargo, en la moda puede apreciarse que la edad que más se repite en los episodios asistenciales, en el momento de la atención sanitaria, es la de 0 años. Se entiende que los usuarios a esta edad carecen de información cognitiva suficiente o fidedigna sobre un tema específico relacionado con su salud; por tanto, es de suponer que se trata de datos anotados en historias clínicas pertenecientes a usuarios con esta edad, pero que en realidad corresponden a datos de sus progenitores.

Distribución de la Etiqueta Diagnóstica principal y según Género

Del análisis realizado de la necesidad principal puede deducirse que las principales necesidades alteradas y que en mayor grado afectan a la población del Campo de Gibraltar son, por orden de importancia, en el género masculino las de “*Evitar los peligros ambientales y lesionar a otros*”, “*Moverse y mantener posturas adecuadas*” y “*Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel*” y en el género femenino “*Evitar los peligros ambientales y lesionar a otros*”, “*Moverse y mantener posturas adecuadas*” y “*Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal*”. Dada la inestimable información que nos puede ofrecer el análisis de la etiqueta diagnóstica principal, se ha

procedido al examen de la misma, seleccionando la más representativa de cada una de estas necesidades.

En la tabla 70 se ofrece, a modo de resumen, la principal etiqueta diagnóstica identificada en cada una de estas cuatro necesidades así como sus frecuencias y porcentajes.

TABLA 70

Distribución de la Etiqueta Diagnóstica principal en cada Necesidad, 2010 (*T = Total, M = Masculinos, F = Femeninos, Fo = Frecuencia observada, % = Porcentaje*)

NECESIDADES	ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS	T		M		F	
		Fo	%	Fo	%	Fo	%
N9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otros	Riesgo de infección	3.666	28,5	1.833	31,8	1.833	25,9
	Otras	9.175	71,5	3.938	68,2	5.237	74,1
	Subtotal	12.841	100	5.771	100	7.070	100
N4. Moverse y mantener posturas adecuadas	Deterioro de la movilidad física	2.941	36,7	1.196	35,3	1.745	37,8
	Otras	5.065	64,3	2.194	64,7	2.871	62,2
	Subtotal	8.006	100	3.390	100	4.616	100
N8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	Déficit de autocuidado: baño / higiene	2.089	36,0	878	35,0	1.211	36,8
	Otras	3.711	64,0	1.629	65,0	2.082	63,2
	Subtotal	5.800	100	2.507	100	3.293	100
N12. Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido...	Deterioro en el mantenimiento del hogar	1.327	24,1	466	24,0	861	24,2
	Otras	4.171	75,9	1.478	76,0	2.693	75,8
	Subtotal	5.498	100	1.944	100	3.554	100

Fuente: NANDA-I y Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG. Elaboración propia

Atendiendo a la distribución de la etiqueta diagnóstica principal en el total de episodios asistenciales (**30.461**) y según el género (**12.499 masculinos y 17.962 femeninos**), se obtienen los resultados que se reflejan en las tablas 71 a 74.

TABLA 71

Distribución de la etiqueta diagnóstica 00004, “*Riesgo de infección*”, en el total de episodios asistenciales y según género, 2010 (*T = Total, M = Masculinos, F = Femenino*)

CÓDIGO NANDA	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
00004	Riesgo de infección	T	3.666	12,0
		M	1.833	14,7
		F	1.833	10,2

Fuente: NANDA-I y Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG. Elaboración propia

TABLA 72

Distribución de la etiqueta diagnóstica 00085, “*Deterioro de la movilidad física*”, en el total de episodios asistenciales y según género, 2010 (*T = Total, M = Masculinos, F = Femenino*)

CÓDIGO NANDA	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
00085	Deterioro de la movilidad física	T	2.941	9,7
		M	1.196	9,6
		F	1.745	9,7

Fuente: NANDA-I y Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG.
Elaboración propia

TABLA 73

Distribución de la etiqueta diagnóstica 00108, “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*”, en el total de episodios asistenciales y según género, 2010 (*T = Total, M = Masculinos, F = Femenino*)

CÓDIGO NANDA	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
00108	Déficit de autocuidado: baño / higiene	T	2.089	6,9
		M	878	7,0
		F	1.211	6,7

Fuente: NANDA-I y Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG.
Elaboración propia

TABLA 74

Distribución de la etiqueta diagnóstica 00098, “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*”, en el total de episodios asistenciales y según género, 2010 (*T = Total, M = Masculinos, F = Femenino*)

CÓDIGO NANDA	ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
00098	Deterioro en el mantenimiento del hogar	T	1.327	4,4
		M	466	3,7
		F	861	4,8

Fuente: NANDA-I y Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG.
Elaboración propia

Analizando el total de usuarios diagnosticados en cada etiqueta diagnóstica de las tablas anteriores (71 a 74) según el sexo, se obtiene que salvo en la etiqueta de “*Riesgo de infección*”, 3.666 casos (100%), en la que los porcentajes de los usuarios con esta etiqueta son idénticos para hombres (50%) que para mujeres (50%), en las demás, los porcentajes de estas etiquetas halladas en las mujeres superan a las halladas en los hombres. Así, en el “*Deterioro de la movilidad física*”, 2.941 (100%), el 40,7% corresponde a hombres y el 59,3% a mujeres, en el “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*”, 2.089 (100%), el 42% corresponde a hombres y el 58% a mujeres y en el “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*”, 1.327 (100%), el 35,1% a hombres y el 64,9% a mujeres.

Distribución de la Incidencia según Etiqueta Diagnóstica, Municipio y Género

A continuación, en la tabla 75, se detallan para cada municipio de la comarca las tasas de incidencia, por 1.000 habitantes, de cada una de las etiquetas diagnósticas.

TABLA 75

Distribución por Municipios de las tasas de incidencia, por mil habitantes, de los episodios asistenciales según etiqueta diagnóstica, para el periodo de estudio (2010) (*CED = Código NANDA de la Etiqueta Diagnóstica, S = Sexo, T = Total, M = Masculinos, F = Femeninos*)

CED	S	ALGECIRAS	CASTELLAR	JIMENA	LA LÍNEA	LOS BARRIOS	SAN ROQUE	TARIFA	COMARCA
00004	T	14,1	8,5	11	17,2	8,3	15,5	5,1	13,7
	M	13,7	9,3	10,7	17,8	8,5	16	5,6	13,8
	F	14,4	7,6	11,3	16,7	8	15	4,6	13,7
00085	T	9,7	10,4	13,1	13,4	8,4	13,9	8,3	11
	M	7,5	13,1	8,7	12,1	5,8	11,5	6,7	9
	F	11,9	7,6	17,9	14,6	10,9	16,3	9,9	13
00108	T	7,4	12,2	9,7	6,9	6,2	11,6	8	7,8
	M	6,3	11,2	5,9	7	4,4	8,3	6,6	6,6
	F	8,5	13,3	13,7	6,7	8	15	9,4	9
00098	T	4,7	7,5	8,4	4,8	3,2	7,2	3,3	5
	M	3,2	5,6	4,4	4,3	1,6	4,6	2,3	3,5
	F	6,2	9,5	12,7	5,3	4,8	9,8	4,3	6,4

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG, INE y NANDA-I. Elaboración propia

Como puede apreciarse en la tabla anterior, en orden a su incidencia, la etiqueta diagnóstica que presenta mayor tasa en la comarca del Campo de Gibraltar es la de “00004 *Riesgo de infección*” (TI=13,7 casos por cada 1.000 habitantes), siendo discretamente superior en hombres (TI=13,8) que en mujeres (TI=13,7).

Le sigue la etiqueta “00085 *Deterioro de la movilidad física*” (TI=11), siendo ésta mayor en el sexo femenino (TI=13) que en el sexo masculino (TI=9).

La tercera etiqueta, en relación a su incidencia, es la “000108 *Déficit de autocuidado: baño /higiene*” (TI=7,8), siendo ésta mayor en las mujeres (TI=9) que en los hombres (TI=6,6).

En último lugar, la etiqueta “00098 *Deterioro en el mantenimiento del hogar*” (TI=5), siendo, también, mayor la tasa en mujeres (TI=6,4) que en hombres (TI=3,5).

Por municipios, en la tabla anterior, se puede observar como la etiqueta “00004 Riesgo de infección” presenta la mayor tasa de incidencia en La Línea (TI=17,2), también para ambos sexos, hombres (TI=17,8) y mujeres (TI=16,7).

La etiqueta de “00085 Deterioro de la movilidad física” presenta la mayor tasa de incidencia en San Roque (TI=13,9), pero, analizada por sexos, puede observarse que para los hombres ésta es mayor en el municipio de Castellar (TI=13,1) y para las mujeres en el municipio de Jimena (TI=17,9).

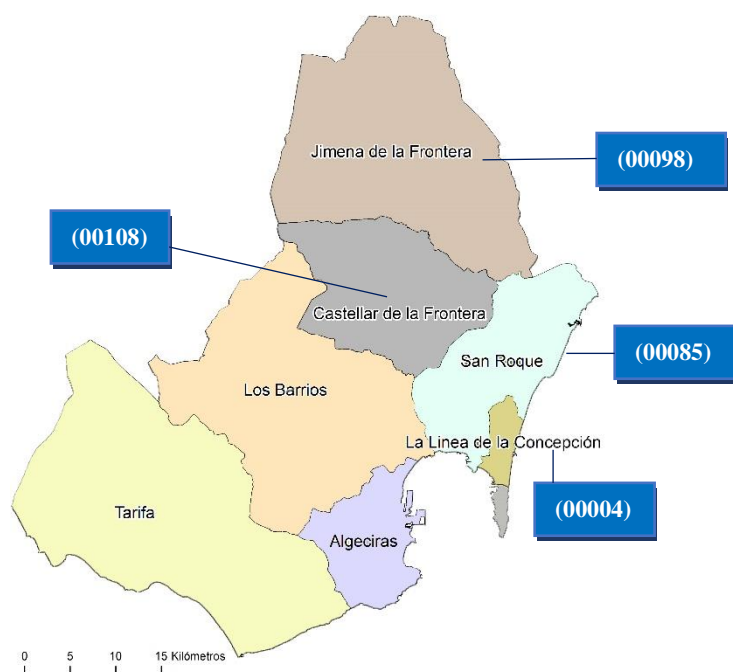
Para la etiqueta de “00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene” la mayor tasa de incidencia se localiza el municipio de Castellar (TI=12,2), también para el sexo masculino (TI=11,2); sin embargo, para el sexo femenino la mayor tasa de incidencia, en este diagnóstico, se encuentra en Jimena (TI=13,7) discretamente por encima de las mujeres de Castellar (TI=13,3).

La tasa de incidencia de la etiqueta “00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar” es más elevada en el municipio de Jimena (TI=8,4), también para el sexo femenino (TI=12,7), pero para el sexo masculino, lo es el municipio de Castellar (TI=5,6).

En el mapa 17 puede apreciarse, con mayor claridad, los municipios con mayores tasas de incidencia de estas etiquetas y el mapa 18 muestra las mayores tasas de incidencia de los mismos según género.

MAPA 17

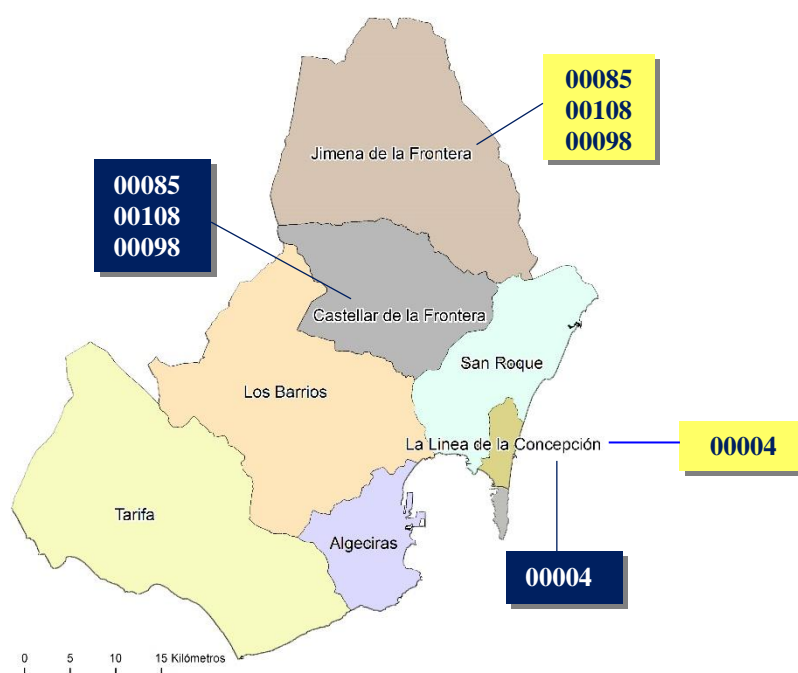
Municipios con mayores tasas de incidencia de las cuatro etiquetas diagnósticas seleccionadas



Fuente: Elaboración propia

MAPA 18

Municipios con mayores tasas de incidencia, para el género masculino (cuadro azul) y para el género femenino (cuadro amarillo), de las cuatro etiquetas diagnósticas seleccionadas



Fuente: Elaboración propia

Distribución Total, por Género y Municipios

Seguidamente se ha estudiado la distribución total, por género y municipios de las etiquetas diagnósticas. Los resultados se exponen en las tablas 76 a 79. Los datos se expresan en porcentajes, entre paréntesis, para que sea más fácil observar las diferencias entre municipios y entre sexos. Los porcentajes se obtienen respecto al total de episodios asistenciales para cada municipio y género.

TABLA 76

Distribución de la etiqueta diagnóstica - Fo (%) - *“Riesgo de infección”* por municipios y según género, 2010 (*T = Total, M = Masculinos, F = Femenino*)

Sexo	ALGECIRAS	CASTELLAR	JIMENA	LA LÍNEA	LOS BARRIOS	SAN ROQUE	TARIFA
T	1.661 (14,1)	27 (5,9)	115 (7,7)	1.118 (12,9)	189 (8,6)	465 (10,1)	91 (7,6)
M	801 (16,3)	15 (7,0)	58 (10,3)	570 (15,3)	98 (12,9)	242 (13,1)	51 (10,5)
F	860 (12,4)	12 (4,9)	57 (6,2)	548 (11,0)	91 (6,4)	223 (8,0)	40 (5,6)

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

Algeciras es el municipio que presenta el porcentaje más alto de episodios asistenciales con el diagnóstico *“Riesgo de infección”*. Se identifica en un 14,1% del total de los episodios asistenciales de este municipio (11.818). Por sexos también se obtienen los mayores porcentajes, el 16,3% (4.902 episodios) se diagnosticaron pertenecientes al género masculino con esta etiqueta y el 12,4% (6.916 episodios) pertenecientes al género femenino.

El municipio en el que menos porcentajes de episodios con este diagnóstico se observa es el de Castellar. De un total de 461 episodios analizados de este municipio, se diagnosticaron con esta etiqueta un 5,9%; en los 215 episodios masculinos se halló el 7% y en los 246 episodios femeninos, un 4,9%.

TABLA 77

Distribución de la etiqueta diagnóstica - Fo (%) - *“Deterioro de la movilidad física”*, por municipios y según género, 2010 (*T = Total, M = Masculinos, F = Femenino*)

Sexo	ALGECIRAS	CASTELLAR	JIMENA	LA LÍNEA	LOS BARRIOS	SAN ROQUE	TARIFA
T	1.145 (9,7)	33 (7,2)	137 (9,2)	870 (10,0)	191 (8,7)	417 (9,0)	148 (12,4)
M	439 (9,0)	21 (9,8)	46 (8,2)	389 (10,5)	67 (8,8)	173 (9,4)	61 (12,5)
F	706 (10,2)	12 (4,9)	91 (9,8)	481 (9,7)	124 (8,7)	244 (8,8)	87 (12,3)

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

El porcentaje más elevado de episodios asistenciales con el diagnóstico de “*Deterioro de la movilidad física*” aparece en Tarifa, con un 12,4% del total de episodios identificados en este municipio, 1.197. También los porcentajes por sexos son los más elevados: de 488 episodios masculinos se diagnosticaron con esta etiqueta el 12,5% y de 709 episodios femeninos, el 12,3%.

El municipio con menos porcentaje de episodios asistenciales con este diagnóstico es Castellar, con un 7,2% de un total de 461 episodios registrados.

Sin embargo, por sexos existen diferencias en cuanto a los municipios donde esta etiqueta diagnóstica presenta menores porcentajes. Se observa que en el municipio de Jimena, con 564 episodios del género masculino, la presentaron el 8,2% de ellos y que en el municipio de Castellar, con 246 episodios del género femenino, la presentaron el 4,9%.

TABLA 78

Distribución de la etiqueta diagnóstica - Fo (%) - “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*”, por municipios y según género, 2010 (*T = Total, M = Masculinos, F = Femenino*)

Sexo	ALGECIRAS	CASTELLAR	JIMENA	LA LÍNEA	LOS BARRIOS	SAN ROQUE	TARIFA
T	869 (7,4)	39 (8,5)	101 (6,8)	447 (5,1)	142 (6,5)	349 (7,6)	142 (11,9)
M	365 (7,4)	18 (8,4)	32 (5,7)	226 (6,1)	52 (6,8)	125 (6,8)	60 (12,3)
F	504 (7,3)	21 (8,5)	69 (7,5)	221 (4,5)	90 (6,3)	224 (8,1)	82 (11,6)

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

El diagnóstico “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*” también aparece con mayor porcentaje en el municipio de Tarifa, en el 11,9% de los 1.197 episodios se registró esta etiqueta. Por sexos, los resultados muestran que en 488 episodios masculinos, de este municipio, se diagnosticaron de “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*” un 12,3%, casi el doble de los hallados en Jimena, La Línea, Los Barrios y San Roque y a más de cuatro puntos, por encima, de Algeciras y Castellar; en los 709 episodios femeninos se diagnosticaron el 11,6%, también muy por encima de los identificados en el resto de los municipios.

Los porcentajes más bajos de episodios con este diagnóstico los presenta el municipio de La Línea, que en 8.685 analizados aparece en un 5,1% de ellos. También en La Línea aparecen los porcentajes más bajos para los episodios femeninos, de 4.965, aparecieron en el 4,5%; sin embargo, los porcentajes más

bajos de los episodios para el sexo masculino aparecen en Jimena, donde de los 925 identificados, el 5,7 presentó este diagnóstico.

TABLA 79

Distribución de la etiqueta diagnóstica - Fo (%) - *“Deterioro en el mantenimiento del hogar”*, por municipios y según género, 2010 (*T = Total, M = Masculinos, F = Femenino*)

Sexo	ALGECIRAS	CASTELLAR	JIMENA	LA LÍNEA	LOS BARRIOS	SAN ROQUE	TARIFA
T	555 (4,7)	24 (5,2)	88 (5,9)	313 (3,6)	73 (3,3)	215 (4,7)	59 (4,9)
M	185 (3,8)	9 (4,2)	24 (4,3)	139 (3,7)	19 (2,5)	69 (3,7)	21 (4,3)
F	370 (5,3)	15 (6,1)	64 (6,9)	174 (3,5)	54 (3,8)	146 (5,3)	38 (5,4)

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

Jimena es el municipio que presenta el mayor porcentaje de episodios para el diagnóstico de *“Deterioro en mantenimiento del hogar”*, un 5,9% de 1.489 estudiados. Por sexos, los porcentajes hallados en las mujeres, 6,9% de 925 superan a los de los hombres, 4,3% de 564, coincidiendo el porcentaje de éstos últimos con los encontrados, también para esta etiqueta, en Tarifa.

Los episodios asistenciales con menores porcentajes de *“Deterioro en el mantenimiento del hogar”* se diagnostican en Los Barrios, el 3,3% de 2.190 episodios. Lo mismo ocurre con los episodios masculinos, de 762 episodios, el 2,5% se diagnosticó con esta etiqueta; sin embargo, el porcentaje más bajo en los episodios femeninos, los presenta La Línea que de 4.965, fueron diagnosticados de dicha etiqueta un 3,5%.

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas según la Edad

Se presentan, a continuación, las diferencias que concurren en cuanto a la edad registrada, en cada una de las cuatro etiquetas diagnósticas, en el momento del ingreso hospitalario o de la consulta en el centro de salud. Se exponen las medidas de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar) para el total de datos y etiquetas y sexos (tabla 80).

TABLA 80

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los pacientes atendidos y por sexos, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
Riesgo de infección	T	60	67	79	25,2
	M	58,7	66	79	25,1
	F	61,4	68	81	25,2
Deterioro de la movilidad física	T	65	72	84	22,5
	M	62,7	69	81	22,6
	F	66,6	75	83	22,4
Déficit de autocuidado: baño/higiene	T	70,9	77	82	20,4
	M	67,1	74	84	22
	F	73,7	79	82	18,7
Deterioro en el mantenimiento del hogar	T	72	77	82	17,3
	M	68,6	74	81	19,2
	F	73,8	78	82	15,8

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I.
Elaboración propia

Como puede apreciarse en la tabla anterior, los episodios asistenciales en los que aparece la media de edad más joven, de las cuatro etiquetas, es la de “*Riesgo de infección*” (60 años de media) y los que presentan mayor media de edad son los de “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*” (72 años de media).

En las cuatro etiquetas diagnósticas las mujeres superan en media de edad a los hombres, siendo notoria esta diferencia en la etiqueta de “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*”, donde las mujeres presentan 6,6 años de media más que los hombres.

La menor diferencia de edad entre sexos, aparece en la etiqueta “*Riesgo de infección*”, donde las mujeres presentan 2,7 años de media más que los hombres.

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas según la Edad por Municipios y Sexo

Por municipios y sexos los resultados se exponen a continuación (tablas 81 a 84).

TABLA 81

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios con etiqueta diagnóstica de “*Riesgo de infección*”, por municipios y sexos en el Campo de Gibraltar, 2010 (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	62,9	69	81	24,2
	M	61,9	69	79	23,9
	F	63,8	71	81	24,5
CASTELLAR	T	65,5	72	78	19,9
	M	66,5	76	---	23,1
	F	64,2	66	---	14,8
JIMENA	T	61,7	71	80	26,0
	M	60,9	68	80	24,5
	F	62,5	71,5	80	25,5
LA LÍNEA	T	55,9	62	0	25,9
	M	54,6	61	75	25,8
	F	57,2	63	83	26,1
LOS BARRIOS	T	55,5	59	79	27,3
	M	51,3	53	90	26,4
	F	60,0	67	79	27,5
SAN ROQUE	T	59,1	67	67	24,7
	M	57,6	66	67	24,9
	F	60,8	68	81	24,5
TARIFA	T	69,7	75	86	19,6
	M	68	74	86	20,1
	F	71,9	80	80	18,7

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

En todos los municipios, excepto en Castellar, la media de edad de las mujeres es superior a la de los hombres en el “*Riesgo de infección*”.

La media de edad más elevada, respecto a esta etiqueta, aparece en el municipio de Tarifa (69,7 años de media), obteniendo los hombres una media de 68 años y las mujeres de 71,9 años.

En Los Barrios, esta etiqueta se diagnostica en edades más tempranas (55,5 años de media), sobre todo en los hombres (51,3 años de media); mientras que en las mujeres, se diagnostica en La Línea donde se identifican a los 57,2 años de media.

La mayor diferencia entre edades, según el sexo, aparece en Los Barrios, donde las mujeres superan en 8,7 años de media a los hombres y la menor en Algeciras, con tan solo 1,9 años más de media entre las primeras y los segundos.

TABLA 82

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios con etiqueta diagnóstica de “*Deterioro de la movilidad física*”, por municipios y sexos en el Campo de Gibraltar, 2010 (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	64,2	71	75	22,7
	M	61,4	67	81	23,4
	F	65,9	74	75	22,2
CASTELLAR	T	76,6	84	88	15,6
	M	80,3	84	88	12,6
	F	70,2	75,5	70	18,0
JIMENA	T	69,5	77	85	19,7
	M	65,3	73,5	80	21,1
	F	71,7	78	85	18,7
LA LÍNEA	T	63,1	69	83	22,1
	M	61,6	66	81	21,0
	F	64,3	72	83	22,8
LOS BARRIOS	T	65,7	75	88	24,5
	M	62,1	70	72	25,0
	F	67,7	77	88	24,1
SAN ROQUE	T	66,3	74	84	22,8
	M	64,5	72	85	21,7
	F	67,6	76	86	23,5
TARIFA	T	70,8	78	81	21,4
	M	65,5	76	81	26,0
	F	74,4	79	82	16,5

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

En todos los municipios, excepto en Castellar, la media de edad de las mujeres es superior a la de los hombres en el “*Deterioro de la movilidad física*”.

La media de edad más avanzada se sitúa en el municipio de Castellar, donde los episodios asistenciales de sus usuarios presentaron una media de 76,6 años, siendo los hombres de este municipio los de mayor edad para esta etiqueta diagnóstica, 80,3 años de media; mientras que en las mujeres lo son las de Tarifa, con una media de 74,4 años.

El municipio en el que menor media de edad presentaron sus usuarios, en esta etiqueta, fue en el de La Línea (63,1 años de media), también en las mujeres (64,3 años de media); sin embargo, en los hombres fue el municipio de Algeciras donde éstos presentaron menor media de edad (61,4 años de media).

La mayor diferencia de edades, según el sexo, aparece en Castellar, donde los hombres superan en 10 años de media a las mujeres y la menor en La Línea, donde las mujeres superan a los hombres en 2,7 años de media.

TABLA 83

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios con etiqueta diagnóstica de “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*”, por municipios y sexos en el Campo de Gibraltar, 2010 (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	71,2	78	81	20,6
	M	68,4	75	73	21,4
	F	73,2	79	81	19,7
CASTELLAR	T	78,5	84	90	16,5
	M	84,2	87	90	9,1
	F	75,5	82	84	20,0
JIMENA	T	77,8	80	76	12,3
	M	75,8	80	84	15,1
	F	78,9	79	77	10,6
LA LÍNEA	T	64,0	69	75	22,4
	M	60,3	66	79	23,3
	F	67,9	72	87	20,8
LOS BARRIOS	T	74,8	81,5	85	19,8
	M	67,1	74,5	66	23,3
	F	79,3	83	85	15,9
SAN ROQUE	T	73,8	79	84	17,5
	M	70,4	77	85	19,3
	F	75,6	80	84	16,0
TARIFA	T	72,5	78	82	19,6
	M	67,8	74	74	22,2
	F	75,9	79,5	82	16,6

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

En todos los municipios, excepto en Castellar, la media de edad de las mujeres es superior a la de los hombres en el “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*”.

Nuevamente, la media de edad más avanzada se sitúa en el municipio de Castellar, donde los episodios asistenciales de sus usuarios presentaron una media de 78,5 años, siendo los hombres de este municipio los de mayor edad para esta etiqueta diagnóstica, 84,2 años de media, mientras que en las mujeres lo son las de Los Barrios, con una media de 79,3 años.

El municipio en el que menor media de edad presentaron sus usuarios, en esta etiqueta, también fue en el de La Línea (64 años de media), también para sus usuarios masculinos (60,3 años de media) y femeninos (67,9 años de media).

La mayor diferencia de edades, según el sexo, aparece en Los Barrios, donde las mujeres superan en más de 12 años de media a los hombres y la menor en Jimena, donde las mujeres superan a los hombres en 3,1 años de media.

TABLA 84

Media, mediana, moda y desviación estándar de la edad en años de los usuarios con etiqueta diagnóstica de “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*”, por municipios y sexos en el Campo de Gibraltar, 2010 (*T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos*)

MUNICIPIOS	SEXO	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS			
		MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
ALGECIRAS	T	74,1	79	82	16,4
	M	70,4	78	82	18,9
	F	75,9	79	82	14,6
CASTELLAR	T	78,8	83,5	87	12,5
	M	80,7	84	87	8,9
	F	77,6	83	87	14,2
JIMENA	T	69,6	77	84	19,8
	M	71,1	78,5	84	20,8
	F	76,7	78	82	10,9
LA LÍNEA	T	66,7	70	82	19,6
	M	64,6	69	86	19,9
	F	68,4	71	82	19,2
LOS BARRIOS	T	73,5	78	84	16,6
	M	71,5	75	84	15,3
	F	74,2	79,5	90	16,9
SAN ROQUE	T	70,8	75	84	16,5
	M	67,7	72	77	19,6
	F	72,4	76	84	14,5
TARIFA	T	75,1	77	89	13,9
	M	71,8	73	77	12,4
	F	77,0	78,5	91	14,3

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

En todos los municipios, excepto en Castellar, la media de edad de las mujeres es superior a la de los hombres en el “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*”.

También, la media de edad más avanzada se sitúa en el municipio de Castellar, donde los episodios asistenciales de sus usuarios presentaron una media de 78,8 años, siendo los hombres y las mujeres de este municipio los de mayor edad para esta etiqueta diagnóstica, 80,7 años de media para los primeros y 77,6 años de media para las segundas.

El municipio en el que menor media de edad presentaron sus usuarios, en esta etiqueta, fue, nuevamente, en el de La Línea (66,7 años de media) y también

para sus usuarios masculinos (64,6 años de media) y femeninos (68,4 años de media).

La mayor diferencia de edades, según el sexo, aparece en Jimena, donde las mujeres superan en 5,6 años de media a los hombres y la menor en Los Barrios, donde las mujeres superan a los hombres en 2,7 años de media.

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas según Grupos Etarios

A continuación se analizará la situación de cada una de las cuatro etiquetas diagnósticas por grupos etarios y se conocerá así su distribución (tablas 85 a 88).

TABLA 85

Distribución de la etiqueta diagnóstica “*Riesgo de infección*” por grupos etarios y según género (2010)

GRUPO ETARIO	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
LACTANTES	107	2,9	64	3,5	43	2,3
NIÑOS PEQUEÑOS	37	1,0	26	1,4	11	0,6
PREESCOLARES	37	1,0	18	1,0	19	1,0
ESCOLARES	83	2,3	48	2,6	35	1,9
ADOLESCENTES	110	3,0	53	2,9	57	3,1
ADULTOS	1.311	35,8	655	35,7	656	35,8
ANCIANOS	1.981	54,0	969	52,9	1.012	55,2
TOTAL	3.666	100	1.833	100	1.833	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

Como puede observarse es el grupo de ancianos (65 años o más), de ambos sexos, el que acumula mayor porcentaje de episodios asistenciales correspondientes a la etiqueta de “*Riesgo de infección*” (54%).

En los adolescentes y ancianos las mujeres superan en porcentajes a los hombres en episodios asistenciales con la etiqueta de “*Riesgo de infección*”; sin embargo, los episodios de lactantes, niños pequeños y escolares masculinos superan a los femeninos; y son iguales los porcentajes para ambos sexos en los episodios de los preescolares y adultos.

El porcentaje más bajo de episodios con esta etiqueta lo presentan las niñas pequeñas (0,6%).

TABLA 86

Distribución de la etiqueta diagnóstica “*Deterioro de la movilidad física*” por grupos etarios y según género (2010)

GRUPO ETARIO	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
LACTANTES	9	0,3	6	0,5	3	0,2
NIÑOS PEQUEÑOS	12	0,4	5	0,4	7	0,4
PREESCOLARES	9	0,3	5	0,4	4	0,2
ESCOLARES	43	1,5	27	2,3	16	0,9
ADOLESCENTES	74	2,5	33	2,8	41	2,3
ADULTOS	964	32,8	438	36,6	526	30,1
ANCIANOS	1.830	62,2	682	57,0	1.148	65,8
TOTAL	2.941	100	1.196	100	1.745	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I.
Elaboración propia

Los episodios asistenciales con la etiqueta de “*Deterioro de la movilidad física*” aparecen con mayor porcentaje en los ancianos (62,2%), también para ambos sexos. En todos los grupos de edad el porcentaje de episodios asistenciales de los hombres, con esta etiqueta, supera al de las mujeres, excepto en los ancianos, donde el porcentaje de episodios de mujeres (65,8%) supera en más de 8 puntos al de los hombres (57%).

Los porcentajes más bajos de episodios con esta etiqueta lo presentan los grupos de lactantes y preescolares femeninos con un 0,2%.

TABLA 87

Distribución de la etiqueta diagnóstica “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*” por grupos etarios y según género (2010)

GRUPO ETARIO	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
LACTANTES	3	0,1	1	0,1	2	0,2
NIÑOS PEQUEÑOS	2	0,1	2	0,2	---	---
PREESCOLARES	6	0,3	1	0,1	5	0,4
ESCOLARES	25	1,2	16	1,8	9	0,7
ADOLESCENTES	38	1,8	23	2,6	15	1,2
ADULTOS	493	23,6	258	29,4	235	19,4
ANCIANOS	1.522	72,9	577	65,7	945	78,0
TOTAL	2.089	100	878	100	1.211	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I.
Elaboración propia

Los porcentajes más elevados de episodios asistenciales con la etiqueta de “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*” se concentran en el grupo de ancianos (72,9%) de ambos sexos.

Las diferencias de porcentajes entre sexos son muy llamativas en los grupos de adultos y ancianos. El porcentaje de adultos masculinos con esta

etiqueta (29,4%) es 10 puntos superior al de los femeninos (19,4%). Sin embargo, el porcentaje de ancianos femeninos con esta etiqueta (78%) es 12 puntos superior al de los masculinos (65,7%).

Los porcentajes más bajos de episodios con esta etiqueta lo presentan los grupos de lactantes y preescolares masculinos con un 0,1%. En las niñas pequeñas no se produjo ningún episodio asistencial con esta etiqueta.

TABLA 88

Distribución de la etiqueta diagnóstica *“Deterioro en el mantenimiento del hogar”* por grupos etarios y según género (2010)

GRUPO ETARIO	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
LACTANTES	---	---	---	---	---	---
NIÑOS PEQUEÑOS	---	---	---	---	---	---
PREESCOLARES	1	0,1	1	0,2	---	---
ESCOLARES	1	0,1	1	0,2	---	---
ADOLESCENTES	14	1,1	7	1,5	7	0,8
ADULTOS	326	24,6	145	31,1	181	21,0
ANCIANOS	985	74,2	312	67,0	673	78,2
TOTAL	1.327	100	466	100	861	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

Los episodios asistenciales con la etiqueta de *“Deterioro de la movilidad física”* aparecen con mayor porcentaje en los ancianos (74,2%), también para ambos sexos.

Igualmente, las diferencias de porcentajes entre sexos son muy llamativas en los grupos de adultos y ancianos. El porcentaje de adultos masculinos con esta etiqueta (31,1%) es 10 puntos superior al de los femeninos (21%). Sin embargo, el porcentaje de ancianas (78,2%) con esta etiqueta es 11 puntos superior al de los ancianos (67%).

No aparecen, como puede observarse en la tabla anterior, episodios asistenciales con esta etiqueta en los grupos de edad de lactantes y niños pequeños, ni en el género femenino en los grupos de preescolares y escolares.

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas según Grupos Etarios, Municipios y Género

Seguidamente, se presenta la distribución de cada una de las cuatro etiquetas diagnósticas por grupos etarios, municipio y género (tablas 89 a 92).

Los datos se expresan en porcentajes, entre paréntesis, para que sea más fácil observar las diferencias entre municipios y entre sexos.

Los porcentajes se obtienen respecto al total de episodios asistenciales para cada municipio, grupo de edad y género.

TABLA 89

Distribución de la etiqueta diagnóstica **“Riesgo de infección”** por Grupos de Edad, Municipio (M) y Género (G) (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos), 2010

Edad		Lactante	Niño Pequeño	Preescolar	Escolar	Adolescente	Adulto	Anciano
M	G							
ALGECIRAS	T	39 (2,3%)	9 (0,5%)	17 (1%)	34 (2%)	40 (2,4%)	541 (32,6%)	981 (59,1%)
	M	20 (2,5%)	7 (0,9%)	10 (1,2%)	19 (2,4%)	18 (2,2%)	253 (31,6%)	474 (59,2%)
	F	19 (2,2%)	2 (0,2%)	7 (0,8%)	15 (1,7%)	22 (2,6%)	288 (33,5%)	507 (59,0%)
	T	---	1 (3,7%)	---	---	---	10 (37%)	16 (59,3%)
	M	---	1 (6,7%)	---	---	---	4 (26,7%)	10 (66,7%)
	F	---	---	---	---	---	6 (50%)	6 (50%)
JIMENA	T	7 (6,1%)	---	1 (0,9%)	2 (1,7%)	3 (2,6%)	35 (30,4%)	67 (58,3%)
	M	5 (8,8%)	---	---	2 (3,5%)	---	18 (31,6%)	32 (56,1%)
	F	2 (3,4%)	---	1 (1,7%)	---	3 (5,2%)	17 (29,3%)	35 (60,3%)
	T	42 (3,8%)	22 (2%)	13 (1,2%)	21 (1,9%)	41 (3,7%)	463 (41,4%)	516 (46,2%)
	M	24 (4,2%)	16 (2,8%)	6 (1,1%)	11 (1,9%)	19 (3,3%)	241 (42,3%)	253 (44,4%)
	F	18 (3,3%)	6 (1,1%)	7 (1,3%)	10 (1,8%)	22 (4%)	222 (40,5%)	263 (48%)
LOS BARRIOS	T	3 (1,6%)	2 (1,1%)	3 (1,6%)	11 (5,8%)	10 (5,3%)	79 (41,8%)	81 (42,9%)
	M	2 (2%)	1 (1%)	---	7 (7,1%)	8 (8,2%)	45 (45,9%)	35 (35,7%)
	F	1 (1,1%)	1 (1,1%)	3 (3,3%)	4 (4,4%)	2 (2,2%)	34 (37,4%)	46 (50,5%)
	T	15 (3,2%)	3 (0,6%)	3 (0,6%)	13 (2,8%)	16 (3,4%)	162 (34,8%)	253 (54,4%)
	M	12 (5%)	1 (0,4%)	2 (0,8%)	7 (2,9%)	8 (3,3%)	83 (34,4%)	128 (53,1%)
	F	3 (1,3%)	2 (0,9%)	1 (0,4%)	6 (2,7%)	8 (3,6%)	79 (35,3%)	125 (55,8%)

TARIFA	T	1 (1,1%)	---	---	2 (2,2%)	---	21 (23,1%)	67 (73,6%)
	M	1 (2%)	---	---	2 (3,9%)	---	11 (21,6%)	37 (72,5%)
	F	---	---	---	---	---	10 (25%)	30 (75%)
		---	---	---	---	---		

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I.
Elaboración propia

Como puede apreciarse en la tabla anterior, los ancianos del municipio de Tarifa son los que presentan el mayor porcentaje de episodios asistenciales con esta etiqueta (73,6%). También para ambos sexos, aunque, discretamente, es superior el porcentaje de las mujeres (75%) frente al de los hombres (72,5%).

Las niñas pequeñas de Algeciras son las que presentan el menor porcentaje (0,2%) de episodios asistenciales con esta etiqueta diagnóstica.

No se identificaron episodios asistenciales con la etiqueta riesgo de infección en determinados grupos de edad de algunos municipios. En Castellar: lactantes, niñas pequeñas, preescolares, escolares y adolescentes; en Jimena: niños pequeños, preescolares masculinos, escolares femeninos y adolescentes masculinos; en Los Barrios: preescolares masculinos; y en Tarifa: lactantes femeninos, niños pequeños, preescolares, escolares femeninos y adolescentes.

TABLA 90

Distribución de la etiqueta diagnóstica *“Deterioro de la movilidad física”* por Grupos de Edad, Municipio (M) y Género (G) (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos), 2010

Edad		Lactante	Niño Pequeño	Preescolar	Escolar	Adolescente	Adulto	Anciano
M	G							
ALGECIRAS	T	2 (0,2%)	3 (0,3%)	4 (0,3%)	19 (1,7%)	29 (2,5%)	401 (35%)	687 (60%)
	M	1 (0,2%)	1 (0,2%)	3 (0,7%)	13 (3%)	13 (3%)	175 (39,9%)	233 (53,1%)
	F	1 (0,1%)	2 (0,3%)	1 (0,1%)	6 (0,8%)	16 (2,3%)	226 (32%)	454 (64,3%)
CASTELLAR	T	---	---	---	---	---	5 (15,2%)	28 (84,8%)
	M	---	---	---	---	---	2 (9,5%)	19 (90,5%)
	F	---	---	---	---	---	3 (25%)	9 (75%)
JIMENA	T	---	---	---	1 (0,7%)	3 (2,2%)	32 (23,4%)	101 (73,7%)
	M	---	---	---	---	1 (2,2%)	15 (32,6%)	30 (65,2%)
	F	---	---	---	1 (1,1%)	2 (2,2%)	17 (18,7%)	71 (78%)

LA LÍNEA	T	3 (0,3%)	5 (0,6%)	2 (0,2%)	10 (1,1%)	20 (2,3%)	317 (36,4%)	513 (59%)
	M	2 (0,5%)	2 (0,5%)	1 (0,3%)	5 (1,3%)	11 (2,8%)	153 (39,3%)	215 (55,3%)
	F	1 (0,2%)	3 (0,6%)	1 (0,2%)	5 (1%)	9 (1,9%)	164 (34,1%)	298 (62%)
LOS BARRIOS	T	---	1 (0,5%)	1 (0,5%)	6 (3,1%)	5 (2,6%)	55 (28,8%)	123 (64,4%)
	M	---	---	---	4 (6%)	2 (3%)	22 (32,8%)	39 (58,2%)
	F	---	1 (0,8%)	1 (0,8%)	2 (1,6%)	3 (2,4%)	33 (26,6%)	84 (67,7%)
SAN ROQUE	T	1 (0,2%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)	6 (1,4%)	14 (3,4%)	122 (29,3%)	270 (64,7%)
	M	---	1 (0,6%)	1 (0,6%)	4 (2,3%)	4 (2,3%)	57 (32,9%)	106 (61,3%)
	F	1 (0,4%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	2 (0,8%)	10 (4,1%)	65 (26,6%)	164 (67,2%)
TARIFA	T	3 (2%)	1 (0,7%)	---	1 (0,7%)	3 (2%)	32 (21,6%)	108 (73%)
	M	3 (4,9%)	1 (1,6%)	---	1 (1,6%)	2 (3,3%)	14 (23%)	40 (65,6%)
	F	---	---	---	---	1 (1,1%)	18 (20,7%)	68 (78,2%)

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I.
Elaboración propia

Los ancianos del municipio de Castellar son los que presentan el mayor porcentaje de episodios asistenciales con esta etiqueta (84,8%). También para los episodios del sexo masculino (90,5%), pero para el sexo femenino es Tarifa el municipio que concentra mayor porcentaje de episodios asistenciales de ancianos con esta etiqueta (78,2%), muy similar al porcentaje de ancianas de Jimena (78%).

Los lactantes femeninos y preescolares femeninos de Algeciras son los que presentan el menor porcentaje (0,1%, respectivamente) de episodios asistenciales con esta etiqueta diagnóstica.

No se identificaron episodios asistenciales con la etiqueta “*Deterioro de la movilidad física*” en determinados grupos de edad de algunos municipios. En Castellar: lactantes, niños pequeños, preescolares, escolares y adolescentes; en Jimena: lactantes, niños pequeños, preescolares y escolares masculinos; en Los Barrios: lactantes, niños pequeños y preescolares masculinos; en San Roque: lactantes masculinos; y en Tarifa: lactantes femeninos, niñas pequeñas, preescolares, escolares femeninos.

TABLA 91

Distribución de la etiqueta diagnóstica “Déficit de autocuidado: baño/higiene” por Grupos de Edad, Municipio (M) y Género (G) (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos), 2010

Edad		Lactante	Niño Pequeño	Preescolar	Escolar	Adolescente	Adulto	Anciano
M	G							
ALGECIRAS	T	1 (0,1%)	1 (0,1%)	2 (0,2%)	10 (1,2%)	16 (1,8%)	96 (22,6%)	643 (74%)
	M	---	1 (0,3%)	---	6 (1,6%)	8 (2,2%)	102 (27,9%)	248 (67,9%)
	F	1 (0,2%)	---	2 (0,4%)	4 (0,8%)	8 (1,6%)	94 (18,7%)	395 (78,4%)
CASTELLAR	T	---	---	1 (2,6%)	---	---	5 (12,8%)	33 (84,6%)
	M	---	---	---	---	---	2 (11,1%)	16 (88,9%)
	F	---	---	1 (4,8%)	---	---	3 (14,3%)	17 (81%)
JIMENA	T	---	---	---	---	---	12 (11,0%)	89 (88,1%)
	M	---	---	---	---	---	5 (15,6%)	27 (84,4%)
	F	---	---	---	---	---	7 (10,1%)	62 (89,9%)
LA LÍNEA	T	---	---	1 (0,2%)	8 (1,8%)	17 (3,8%)	164 (36,7%)	257 (57,5%)
	M	---	---	---	5 (2,2%)	12 (5,3%)	90 (39,8%)	119 (52,7%)
	F	---	---	1 (0,5%)	3 (1,4%)	5 (2,3%)	74 (33,5%)	138 (62,4%)
LOS BARRIOS	T	1 (0,7%)	---	---	4 (2,8%)	---	23 (16,2%)	114 (80,3%)
	M	---	---	---	3 (5,8%)	---	16 (30,8%)	33 (63,5%)
	F	1 (1,1%)	---	---	1 (1,1%)	---	7 (7,8%)	81 (90%)
SAN ROOQUE	T	---	---	1 (0,3%)	3 (0,9%)	3 (0,9%)	67 (19,2%)	275 (78,8%)
	M	---	---	---	2 (1,6%)	2 (1,6%)	29 (23,2%)	92 (73,6%)
	F	---	---	1 (0,4%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	38 (17%)	183 (81,7%)
TARIFA	T	1 (0,7%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	---	2 (1,4%)	26 (18,3%)	111 (78,2%)
	M	1 (1,7%)	1 (1,7%)	1 (1,7%)	---	1 (1,7%)	14 (23,3%)	42 (70%)
	F	---	---	---	---	1 (1,2%)	12 (14,6%)	69 (84,1%)

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

Los ancianos del municipio de Jimena son los que presentan el mayor porcentaje de episodios asistenciales con la etiqueta de “Déficit de autocuidado: baño/higiene” (88,1%). También para las ancianas (89,9%). Para el sexo masculino es Castellar el municipio donde el porcentaje de los episodios con esta etiqueta es más elevado (88,9%).

Los niños pequeños (0,3%) y lactantes femeninos (0,2%) de Algeciras son los que presentan el menor porcentaje de episodios asistenciales con esta etiqueta diagnóstica.

No se identificaron episodios asistenciales con la etiqueta “*Déficit de autocuidado: baño/higiene*” en determinados grupos de edad de algunos municipios. En Algeciras: lactantes masculinos, niñas pequeñas y preescolares masculinos; en Castellar: lactantes, niños pequeños, preescolares masculinos, escolares y adolescentes; en Jimena: lactantes, niños pequeños, preescolares, escolares y adolescentes; en La Línea: lactantes, niños pequeños y preescolares masculinos; en Los Barrios: lactantes masculinos, niños pequeños, preescolares y adolescentes; en San Roque: lactantes, niños pequeños y preescolares masculinos; y en Tarifa: lactantes femeninos, niñas pequeñas, preescolares femeninos y escolares.

TABLA 92

Distribución de la etiqueta diagnóstica “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*” por Grupos de Edad, Municipio (M) y Género (G) (T=Total, M=Masculinos, F=Femeninos), 2010

Edad		Lactante	Niño Pequeño	Preescolar	Escolar	Adolescente	Adulto	Anciano
M	G							
ALGECIRAS	T	---	---	1	---	3	115	436
		---	---	(0,2%)	---	(0,5%)	(20,7%)	(48,6%)
	M	---	---	1	---	1	57	126
		---	---	(0,5%)	---	(0,5%)	(30,8%)	(68,1%)
	F	---	---	---	---	2	58	310
		---	---	---	---	(0,5%)	(15,7%)	(83,8%)
CASTELLAR	T	---	---	---	---	---	3	21
		---	---	---	---	---	(12,5%)	(87,5%)
	M	---	---	---	---	---	1	8
		---	---	---	---	---	(11,1%)	(88,9%)
	F	---	---	---	---	---	2	13
		---	---	---	---	---	(13,3%)	(86,7%)
JIMENA	T	---	---	---	---	1	11	76
		---	---	---	---	(1,1%)	(12,5%)	(86,4%)
	M	---	---	---	---	1	3	20
		---	---	---	---	(4,2%)	(12,5%)	(83,3%)
	F	---	---	---	---	---	8	56
		---	---	---	---	---	(12,5%)	(87,5%)
LA LÍNEA	T	---	---	---	---	7	117	189
		---	---	---	---	(2,2%)	(37,4%)	(60,4%)
	M	---	---	---	---	3	54	82
		---	---	---	---	(2,2%)	(38,8%)	(59%)
	F	---	---	---	---	4	63	107
		---	---	---	---	(2,3%)	(36,2%)	(61,5%)
LOS BARRIOS	T	---	---	---	---	---	19	54
		---	---	---	---	---	(26%)	(74%)
	M	---	---	---	---	---	6	13
		---	---	---	---	---	(31,6%)	(68,4%)
	F	---	---	---	---	---	13	41
		---	---	---	---	---	(24,1%)	(75,9%)

SAN ROQUE	T	---	---	---	1 (0,5%)	3 (1,4%)	52 (24,2%)	159 (74%)
	M	---	---	---	1 (1,4%)	2 (2,9%)	20 (29%)	46 (66,7%)
	F	---	---	---	---	1 (0,7%)	32 (21,9%)	113 (77,4%)
		---	---	---	---	---	---	---
TARIFA	T	---	---	---	---	---	9 (15,3%)	50 (84,7%)
	M	---	---	---	---	---	4 (19%)	17 (81%)
	F	---	---	---	---	---	5 (13,2%)	33 (86,8%)
		---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I.
Elaboración propia

Los ancianos del municipio de Castellar son los que presentan el mayor porcentaje de episodios asistenciales con esta etiqueta (87,5%). También para los episodios del sexo masculino (88,9%), pero para el sexo femenino es Jimena el municipio que concentra mayor porcentaje de episodios asistenciales con esta etiqueta (87,5%).

Los preescolares masculinos (0,5%) y adolescentes masculinos y femeninos (0,5 respectivamente) de Algeciras son los que presentan el menor porcentaje de episodios asistenciales con esta etiqueta diagnóstica.

En la tabla anterior puede observarse como el diagnóstico de “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*” es prácticamente inexistente en la mayoría de grupos de edad (de lactantes a escolares) y en la mayoría de los municipios.

Distribución de las Etiquetas Diagnósticas según Centros Asistenciales y Género

Por último, otro aspecto que se ha querido estudiar es el referente al centro asistencial donde se identifican cada una de las cuatro etiquetas estudiadas (tablas 93 a 96). Para ello, se han calculado las frecuencias y porcentajes del total de episodios con cada etiqueta, según centro asistencial y según género.

TABLA 93

Distribución de la etiqueta diagnóstica “*Riesgo de infección*” según Centro Asistencial y Género (Fo=Frecuencia observada, %=Porcentaje), 2010

CENTRO ASISTENCIAL	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	FO	%	FO	%	FO	%
AP Algeciras	918	25,0	407	22,2	511	27,9
AP Los Barrios	90	2,5	44	2,4	46	2,5
AP Tarifa	8	0,2	2	0,1	6	0,3
Hospital de Algeciras	925	25,2	496	27,1	429	23,4
AP La Línea	359	9,8	170	9,3	189	10,3
AP San Roque	207	5,6	94	5,1	113	6,2
AP Jimena	23	0,6	8	0,4	15	0,8
AP Castellar	1	0,0	0	0,0	1	0,1
Hospital de La Línea	1.135	31,0	612	33,4	523	28,5
TOTAL	3.666	100	1.833	100	1.833	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

El centro asistencial en el que mayor porcentaje de episodios de “*Riesgo de infección*” se diagnostican es el Hospital de La Línea (31%). En hombres se diagnostican el 33,4% y en mujeres el 28,5% en este mismo centro.

El menor porcentaje de esta etiqueta se diagnostica en los centros de salud de Castellar.

Destaca que en los centros de salud de Algeciras, el diagnóstico de esta etiqueta se realiza en más del doble de episodios que en los centros de salud de La Línea.

Según el Área de Influencia Hospitalaria, en la del hospital de Algeciras (AP Algeciras, AP Los Barrios, AP Tarifa y Hospital de Algeciras) se diagnostican más episodios de Riesgo de infección, 52,9%, que en el Área de influencia Hospitalaria del hospital de La Línea (AP La Línea, AP Castellar, AP Jimena, AP San Roque y Hospital de La Línea), 47,1%.

TABLA 94

Distribución de la etiqueta diagnóstica “*Deterioro de la movilidad física*” según Centro Asistencial y Género (*Fo=Frecuencia observada, %=Porcentaje*), 2010

CENTRO ASISTENCIAL	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	FO	%	FO	%	FO	%
AP Algeciras	423	14,4	157	13,1	266	15,2
AP Los Barrios	78	2,7	26	2,2	52	3,0
AP Tarifa	79	2,7	34	2,8	45	2,6
Hospital de Algeciras	905	30,8	351	29,3	554	31,7
AP La Línea	241	8,2	112	9,4	129	7,4
AP San Roque	214	7,3	79	6,6	135	7,7
AP Jimena	56	1,9	20	1,7	36	2,1
AP Castellar	18	0,6	15	1,3	3	0,2
Hospital de La Línea	927	31,5	402	33,6	525	30,1
TOTAL	2.941	100	1.196	100	1.745	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

El “*Deterioro de la movilidad física*” se diagnostica mayoritariamente, también, en el Hospital de La Línea (31,5%). Por sexos, en hombres, se diagnostican el 33,6% en este centro y en mujeres en un 31,7% en el Hospital de Algeciras.

El menor porcentaje de esta etiqueta se diagnostica en los centros de salud de Castellar.

También en los centros de salud de Algeciras se diagnostican muchos más casos (14,4%) que en los centros de salud de La Línea (8,2%) y, curiosamente, en los centros de salud de San Roque se diagnostican más casos, para el sexo femenino, que para el mismo sexo en los centros de La Línea.

Según el Área de Influencia Hospitalaria, en la del hospital de Algeciras (AP Algeciras, AP Los Barrios, AP Tarifa y Hospital de Algeciras) se diagnostican más episodios de “*Deterioro de la movilidad física*”, 50,5% que en el Área de influencia Hospitalaria del hospital de La Línea (AP La Línea, AP Castellar, AP Jimena, AP San Roque y Hospital de La Línea), 49,5%, aunque los resultados están bastante parejos.

TABLA 95

Distribución de la etiqueta diagnóstica *“Déficit de autocuidado: baño/higiene”* según Centro Asistencial y Género (Fo=Frecuencia observada, %=Porcentaje), 2010

CENTRO ASISTENCIAL	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	FO	%	FO	%	FO	%
AP Algeciras	756	36,2	321	36,6	435	35,9
AP Los Barrios	112	5,4	42	4,8	70	5,8
AP Tarifa	120	5,7	50	5,7	70	5,8
Hospital de Algeciras	162	7,8	62	7,1	100	8,3
AP La Línea	359	17,2	177	20,2	182	15,0
AP San Roque	315	15,1	116	13,2	199	16,4
AP Jimena	88	4,2	26	3,0	62	5,1
AP Castellar	36	1,7	17	1,9	19	1,6
Hospital de La Línea	141	6,7	67	7,6	74	6,1
TOTAL	2.089	100	878	100	1.211	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

El *“Déficit de autocuidado: baño/higiene”* se presenta, fundamentalmente, en los centros de salud de Algeciras (36,2%), 36,6% masculinos y 35,9% femeninos, mostrando grandes diferencias con el resto de centros asistenciales de la comarca.

El menor porcentaje de esta etiqueta se diagnostica, una vez más, en los centros de salud de Castellar.

Según el Área de Influencia Hospitalaria, en la del hospital de Algeciras (AP Algeciras, AP Los Barrios, AP Tarifa y Hospital de Algeciras) se diagnostican más episodios de *“Déficit de autocuidado: baño/higiene”*, 55,1% que en el Área de influencia Hospitalaria del hospital de La Línea (AP La Línea, AP Castellar, AP Jimena, AP San Roque y Hospital de La Línea), 44,9%.

TABLA 96

Distribución de la etiqueta diagnóstica *“Deterioro en el mantenimiento del hogar”* según Centro Asistencial y Género (Fo=Frecuencia observada, %=Porcentaje), 2010

CENTRO ASISTENCIAL	TOTAL		MASCULINOS		FEMENINOS	
	FO	%	FO	%	FO	%
AP Algeciras	560	42,2	185	39,7	375	43,6
AP Los Barrios	69	5,2	18	3,9	51	5,9
AP Tarifa	51	3,8	17	3,6	34	3,9
Hospital de Algeciras	2	0,2	1	0,2	1	0,1
AP La Línea	315	23,7	143	30,7	172	20,0
AP San Roque	218	16,4	70	15,0	148	17,2
AP Jimena	87	6,6	23	4,9	64	7,4
AP Castellar	24	1,8	9	1,9	15	1,7
Hospital de La Línea	1	0,1	0	0,0	1	0,1
TOTAL	1.327	100	466	100	861	100

Fuente: Servicio de Tecnologías y Sistemas de Información del AGS del CG y NANDA-I. Elaboración propia

El “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*”, también, aparece diagnosticado mayoritariamente en los centros de salud de Algeciras (42,2%), siendo la única de las cuatro etiquetas, que en los centros en los que cada una de ellas fueron diagnosticadas mayoritariamente, el porcentaje en las mujeres (43,6%) supera al hallado en los hombres (39,7%).

Llama poderosamente la atención el escaso número de episodios identificados en ambos hospitales, 2 en el hospital de Algeciras y 1 en el de La Línea.

El Área de Influencia Hospitalaria del hospital de Algeciras (AP Algeciras, AP Los Barrios, AP Tarifa y Hospital de Algeciras) presentó más episodios de “*Deterioro en el mantenimiento del hogar*”, 51,4% que el Área de influencia Hospitalaria del hospital de La Línea (AP La Línea, AP Castellar, AP Jimena, AP San Roque y Hospital de La Línea), 48,6%.

*Ciencia es todo aquello sobre lo
cual siempre cabe discusión.*
José Ortega y Gasset

5 Discusión

El planteamiento general del presente estudio fue identificar las necesidades básicas de salud insatisfechas de la población asistida en la comarca del Campo de Gibraltar, basándose en la actualización del modelo de enfermería de Virginia Henderson y utilizando, los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), clasificación 2007-2008.

Es el primer estudio descriptivo sobre prevalencia de las necesidades de Virginia Henderson y diagnósticos NANDA en nuestro ámbito.

Los resultados encontrados, desarrollados en el capítulo anterior, nos han permitido hacer determinadas reflexiones que se van a formular en cuatro epígrafes.

5.1. EPIDEMIOLOGÍA GENERAL: EPISODIOS ASISTENCIALES

Del total de episodios asistenciales con necesidades alteradas en el periodo estudiado, el 38,8% son del municipio de Algeciras, el 28,5% de La Línea, el 15,2% de San Roque, el 7,2% de Los Barrios, el 4,9% de Jimena, el 3,9% de Tarifa y el 1,5% de Castellar.

A priori, se puede suponer que la distribución de los episodios asistenciales por necesidades alteradas debería discurrir proporcional al número de habitantes por municipios, ya que no hay motivos para considerar una agrupación

de éstos según su localización geográfica. Sin embargo, como se ha podido apreciar, los resultados muestran que dichas distribuciones no avanzan paralelas y sí se podría hablar de desigualdades territoriales en cuanto a la concentración de episodios asistenciales para las necesidades alteradas.

Se deduce tal evidencia del estudio de las tasas calculadas, reflejando que hay comportamientos diferentes entre municipios. Hay municipios donde la tasa de incidencia de episodios asistenciales es mucho mayor que en otros. Así, para las necesidades alteradas, por encima de la tasa anual para toda la comarca del Campo de Gibraltar se encuentran, de menor a mayor: La Línea, Jimena, Castellar y San Roque y por debajo se sitúan: Algeciras, los Barrios y Tarifa, que presenta la menor incidencia. En los municipios de San Roque, Castellar y Jimena la incidencia de episodios asistenciales es muy superior al resto, en contraste con la baja incidencia de Tarifa. De tal forma que si se hace un seguimiento a una cohorte de mil habitantes durante un año en cada uno de los municipios, en el municipio de Tarifa se esperarían 67 episodios asistenciales por necesidades alteradas, mientras que en San Roque se esperarían 154.

Resulta interesante este hallazgo, ya que si bien no hay motivos epidemiológicos estrictos que justifiquen estos resultados, algunos estudios han sugerido la posibilidad de relacionarlos con el nivel socioeconómico, con las desigualdades sociales y con una diferencia de recursos sociales en la comunidad (López-Abente, Pollán, Escolar, Errezola y Abaira, 1996; Levins y López, 1999; Benach, Yasui, Borrell, Rosa, Pasarin, Español, Martínez y Daponte, 2001; Bas, 2007).

Cuando se analizan otras posibles causas, algunos señalan los comportamientos individuales (Cruz-Rojo, Bejar y López, 2011), mientras que otros subrayan el peligro de la gran concentración industrial y la mayor contaminación ambiental, que no solo resta importancia a los condicionantes socioeconómicos, sino que los potencia (Levins et al., 1999; Benach et al., 2001; Ordóñez-Iriarte, Gómez, Sánchez, Fernández, López y Ferrer, 2004; Cruz-Rojo y Almisas, 2009; Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2010). La Bahía de Algeciras es un área geográfica fuertemente industrializada y con unos altos

niveles de contaminación (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2010). Por otro lado, también se han realizado diversos estudios que han valorado la posible influencia de las intervenciones sanitarias en la pérdida de salud de la población (Gispert, Torné y Arán-Barés, 2006; Rayego, Rodríguez-Vidigal, Mayoral, Álvarez y Najarro, 2006). A las medidas de prevención primaria que actúan sobre estas causas en sus distintos contextos, y que son prioritarias en las intervenciones de salud pública, se deben añadir las medidas de prevención secundaria que actúan cuando ya la enfermedad ha aparecido, como la detección, el diagnóstico y el tratamiento de dichas enfermedades (Cruz-Rojo et al., 2011).

El municipio de San Roque, irrumpe, por tanto, como el que presenta la tasa de incidencia más alta de episodios asistenciales con necesidades alteradas para toda la comarca (TI=154,21). Ésta supone más del doble de la encontrada en Tarifa (TI=67,3) y se sitúa a más de cincuenta puntos, por encima, de las encontradas en los municipios de Los Barrios (TI=95,82) y Algeciras (TI=100,31), a más de veinte puntos, por encima, de La Línea (TI=133,73) y a más de diez puntos, también por encima, de las encontradas en Jimena (TI=142,52) y Castellar (TI=144,65).

Los resultados de los episodios asistenciales con necesidades alteradas con mayor tasa de incidencia, hallados por sexo, varían entre municipios, de tal forma que los episodios pertenecientes al género masculino presentaron la mayor tasa de incidencia en el municipio de Castellar, mientras que los pertenecientes al género femenino lo hicieron en el municipio de San Roque.

En todos los municipios de la comarca los episodios asistenciales femeninos superaron al de los masculinos. Calculada la razón hombre/mujer, la razón de masculinidad fue inferior a la unidad en los 7 municipios. En el municipio de los Barrios esta razón fue más notoria, por cada episodio masculino se dieron 2 femeninos.

Por grupos etarios, y en referencia a la razón hombre/mujer, en 5 de los grupos de edad (de lactantes a adolescentes), los episodios asistenciales en los hombres superaron a los de las mujeres, obteniendo una razón de masculinidad

superior a la unidad. Sin embargo en los grupos de adultos y ancianos, que son los grupos donde mayor número de episodios asistenciales se concentraron, los de las mujeres superaron a los de los hombres, obteniendo una razón de masculinidad inferior a la unidad.

Este predominio del género femenino concuerda con otros estudios realizados (Blanco, Zapico, Juanola y Aguas, 2003; Jurado, Anglada, Canet, Privat y Fábrega, 2008; Vázquez, Gastelu y Casals, 2008; Da Silva, Ferrerira, Mara y Dos Santos, 2013).

El grupo de edad en el que mayor número de episodios asistenciales se identificaron fue en el de los ancianos (65 años o más). Los ancianos presentaron la mayor tasa de incidencia en el municipio de Jimena (TI = 104,9) y, nuevamente, las tasas de las mujeres superaron a la de los hombres en todos los municipios, sobre todo en este último (TI ancianas Jimena = 141,2).

Por centros sanitarios, calculadas las tasas de incidencias, fueron los centros de salud de San Roque los que presentaron mayor tasa, 119,8 y los de Tarifa los que menos, 46,5.

Según Sáez (2003), los factores que influyen en la utilización de los servicios de atención primaria comprenden aquellos que afectan a la oferta, la accesibilidad y la calidad de dichos servicios, y los relacionados con las características socioeconómicas y culturales, así como los factores de necesidad tras la percepción de malestar y enfermedad.

Respecto a los hospitales, las tasas de incidencia por ingreso hospitalario, teniendo en cuenta la población de referencia, es decir, el hospital de Algeciras abarca las poblaciones de Algeciras, Los Barrios y Tarifa y el de La Línea las de La Línea, San Roque, Castellar y Jimena, la tasa para el hospital de Algeciras fue de 25 frente a 43,2 para el de La Línea. Lo que representó una diferencia de casi el doble entre ambos hospitales.

Por área de influencia hospitalaria, la tasas de incidencia en el área de influencia hospitalaria del hospital de Algeciras fue de 95,8 frente al 140,8 del área de influencia hospitalaria del hospital de La Línea, es decir, por cada 1000 habitantes se dieron 141 episodios asistenciales.

En cuanto al uso de los servicios hospitalarios, a los factores descritos por Sáez (2003), se añaden la utilización precedente de los servicios sanitarios de atención primaria y especializada en régimen ambulatorio, el estado de salud previo y la gravedad de la enfermedad, incluida la comorbilidad (Rué, Roqué, Solà y Macía, 2001; Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto, Moreno Küstner, Reneses, Usall y Vázquez-Barquero, 2004). Además, muchos de estos factores están interrelacionados, como la influencia inversa del nivel socioeconómico y los ingresos hospitalarios por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria (Magán, Alberquilla, Otero y Rivera, 2011).

5.2. NECESIDADES SEGÚN HENDERSON: INFLUENCIAS SEGÚN GÉNERO, EDAD, MUNICIPIO Y ÁREA DE REFERENCIA HOSPITALARIA

En este apartado se centrará la discusión en aquellos aspectos más importantes que se han extraído de los resultados obtenidos de la necesidad de mayor relevancia, estudiada según la frecuencia de casos y las tasas de incidencia.

Del total de episodios asistenciales en el periodo estudiado, el 35,8% (TI = 40,8) son agrupados como necesidad 9 (evitar los peligros ambientales y lesionar a otros), el 24,8% (TI = 28,3) como necesidad 4 (moverse y mantener posturas adecuadas), el 18% (TI = 20,5) como necesidad 8 (mantener la higiene corporal y la integridad de la piel), el 16,4% (TI = 18,7) como necesidad 12 (ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal), el 13% (TI = 14,9) como necesidad 3 (eliminar por todas las vías corporales), el 8,3% (TI = 9,5) como necesidad 2 (comer y beber de forma adecuada), el 6,2% (TI = 7,1) como necesidad 14 (aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles), el 5,9% (TI = 6,7) como necesidad 6 (escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse), el 5% (TI = 5,7)

como necesidad 5 (dormir y descansar), el 3,5% (TI = 4) como necesidad 1 (respirar normalmente), el 2,9% (TI = 3,4) como necesidad 10 (comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores), el 1,7% (TI = 1,9) como necesidad 7 (mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente), el 1,4% (TI = 1,6) como necesidad 11 (vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias) y el 0,6% (TI = 0,7) como necesidad 13 (participar en actividades recreativas).

5.2.1. “EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTROS” (N₉)

La necesidad principal es “evitar los peligros ambientales y lesionar a otros” (N₉), que ocupó el primer puesto en frecuencia de casos y tasa de incidencia, de episodios asistenciales con esta necesidad alterada, en toda la comarca (35,8%; TI = 40,8). También por sexo (hombres: 38,3% y TI = 36; mujeres: 34% y TI = 45,5), observándose mayor incidencia en mujeres que en hombres, y por municipios, a excepción del municipio de Tarifa donde apareció en primer lugar la N₄.

El municipio de La Línea fue el que presentó la tasa de incidencia más elevada en episodios con esta necesidad, 56,3, muy por encima de la calculada para toda la comarca (TI = 40,8); igualmente para los hombres (TI = 50,2). Sin embargo, en las mujeres fue el municipio de Jimena el que presentó mayor tasa de incidencia (TI = 62,7), discretamente superior a la hallada en La Línea para este sexo (TI = 62,3).

Un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (2015) sobre salud pública, determinantes ambientales y sociales de la salud realizado en 2012, ha señalado a esta localidad del Campo de Gibraltar como la más contaminada de España al tener la peor calidad del aire de las 46 ciudades españolas analizadas (Planelles y Romaguera, 2014). Sin embargo, este informe contrasta con los resultados obtenidos sobre el diagnóstico de “Contaminación”, perteneciente, también, a esta necesidad, identificado en solo dos episodios asistenciales en toda la comarca, uno en el municipio de Algeciras y otro en el de Los Barrios.

También, un estudio elaborado por el periódico económico *Expansión*, sitúa al municipio de La Línea, de municipios mayores de 40.000 habitantes, como el de mayor porcentaje (52,7%) de desempleados de toda España, con lo que más de la mitad de la población activa está desempleada (Sánchez, 2015).

Y, por si ello no fuera suficiente, según datos del Consejo General del Poder Judicial, los juzgados de La Línea de la Concepción son los que ingresaron el mayor número de casos penales por órgano judicial, durante el año 2014, de toda la provincia de Cádiz (Diario Viva Campo de Gibraltar, 2015).

Los diagnósticos enfermeros pertenecientes a la necesidad de “evitar los peligros ambientales y lesionar a otros” que determinaron la prevalencia de esta necesidad en el municipio de La Línea por encima del resto de los municipios de la comarca, calculadas las tasas de incidencia, fueron: “*Ansiedad*”, “*Riesgo de infección*”, “*Temor*”, “*Trastorno de la percepción sensorial*”, “*Riesgo de lesión*”, “*Retraso en el crecimiento y desarrollo*”, “*Riesgo de incumplimiento del tratamiento*” y “*Riesgo de suicidio*”. No obstante, algunos autores destacan las limitaciones que las enfermeras encuentran para valorar algunas de las necesidades, fundamentalmente, la de “evitar los peligros ambientales y lesionar a otros” (Martínez y fortaleza, 2002; Sales y Sansó, 2004; De Pedro y Zaforteza, 2005; Reyes y Merino, 2007; Porcel, 2011).

El municipio con la incidencia más baja fue el de Tarifa (TI = 19,9). También para ambos sexos (hombres TI = 16,1; mujeres TI = 23,9).

La media de edad de los usuarios fue de 61,8 años (59,6 de media en los hombres y 63,4 de media en las mujeres).

Los hombres presentaron mayor media de edad, 70 años, en el municipio de Castellar y las mujeres, 71 años, en el de Jimena. La menor media de edad se identificó en los usuarios de La Línea (hombres 56,9 años de media y mujeres 58,4).

En el estudio realizado por Rodríguez y Ferrer (2002) para determinar la prevalencia de las 14 necesidades de Virginia Henderson en una unidad de hospitalización pediátrica, con una muestra de 176 niños (56,8% niños y 43,2%), la necesidad prevalente, coincidiendo con la nuestra, fue la N₉ evitar los peligros ambientales y lesionar a otros (90,9%).

Igualmente, Cámara y Valenzuela (2007), identificaron la N₉ como la necesidad alterada principal, detectada (50,6%) en un estudio con 417 usuarios trasladados en ambulancia no asistencial de la red de transporte urgente, tras recibir asistencia por equipos de emergencias del 061.

También, Pérez (2014) en una investigación sobre necesidades y problemas más frecuentes en pacientes y cuidadores al final de la vida en atención domiciliaria, concluyó que en éstos la N₉ fue la principal (70% de los casos).

En otras investigaciones, sobre necesidades alteradas, como las realizadas por Castillo (2003), en una muestra de 1.444 pacientes hospitalizados, la necesidad de “evitar los peligros ambientales y lesionar a otros” fue identificada en 7º lugar (11,9%); y por Puntunet, Ortega, Montesinos, Leija, Quintero, Cruz y González (2012), en un estudio sobre necesidades en 667 personas con afección cardiovascular, la identificaron en 2º lugar (58%).

5.3. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: INFLUENCIAS SEGÚN GÉNERO, EDAD, MUNICIPIO Y ÁREA DE REFERENCIA HOSPITALARIA

De las etiquetas diagnósticas que componen la N₉, la de “*Riesgo de infección*” fue la más frecuente, seguida de “*Ansiedad*” y de “*Riesgo de caídas*”.

5.3.1. LA ETIQUETA “RIESGO DE INFECCIÓN”

Nombra una situación en la que la persona tiene el riesgo de ser invadida por organismos patógenos (NANDA-I, 2013). Según Luis (2013) se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando la conducta de la persona o del cuidador favorezca la aparición o persistencia de los factores de riesgo, o cuando haya

factores externos sobre los que se puede incidir eliminándolos, reduciéndolos o modificando sus efectos. Los factores o situaciones de riesgo más frecuentes y sobre los que los profesionales de enfermería pueden actuar de forma independiente son los debidos a conocimientos deficientes de la persona o del cuidador sobre cómo evitar la exposición a los agentes patógenos, vacunación inadecuada y, dependiendo del grado y causa, aumento de la exposición ambiental a patógenos o malnutrición.

En el total de episodios asistenciales de esta necesidad, el diagnóstico de “*Riesgo de infección*” fue identificado en 3.666 casos (28,5%). En los hombres representó el 31,8%, y en las mujeres un 25,9% y en el total de casos, los porcentajes de los usuarios con esta etiqueta fueron idénticos para hombres 1.833 (50%) y para mujeres 1.833 (50%).

Por municipios, la mayor tasa de incidencia la presentó el municipio de La Línea, 17,2 (hombres TI=17,8; mujeres TI=16,7), por encima de la calculada para toda la comarca, 13,7 casos por cada 1.000 habitantes (hombres TI=13,8; mujeres TI=13,7) y muy por encima de la que se obtuvo en el municipio de Tarifa, que presentó la menor incidencia, 5,1 (hombres TI=5,6; mujeres TI=4,6).

En el municipio de La Línea, la media de edad de los usuarios identificados con esta etiqueta fue de 55,9 años (hombres 54,6 años de media y mujeres 57,2 años de media), cuatro años por debajo de la media de edad de los usuarios de la comarca, tanto en hombres como en mujeres con este diagnóstico, siendo el grupo etario con mayor porcentaje de episodios asistenciales con “*Riesgo de infección*”, el de los ancianos (46,2%) y el de menor porcentaje el de los preescolares (1,2%).

Es llamativo que, de los 1.118 episodios asistenciales diagnosticados, con esta etiqueta, en los centros asistenciales del municipio de La Línea, el 31,8% se diagnosticaron en los centros de salud y el 68,2% en el hospital del SAS. Álvarez, Ranero y Figueredo (2011) y Guimaraes y De Oliveira (2013) en sus investigaciones, sobre diagnósticos de enfermería, relacionan como causas identificadas de la etiqueta de “*Riesgo de infección*” los procedimientos invasivos,

la enfermedad crónica y la disminución de la tasa de hemoglobina. Es de suponer que la realización de un mayor número de estos procedimientos en los hospitales justifique la diferencia de porcentajes tan notoria hallada en este estudio, entre los centros asistenciales. De ser así, hubiese sido recomendable plantear esta etiqueta, en vez de como un diagnóstico enfermero, como un problema interdisciplinario, ya que como apunta la Profa. Luis (2013), se desaconseja utilizar esta etiqueta cuando los factores o situaciones de riesgo estén relacionados con enfermedad crónica (diabetes, obesidad), defensas primarias inadecuadas (alteración del peristaltismo, solución de continuidad de la piel, cambios en el pH de las secreciones, disminución de la acción ciliar, ruptura prematura o prolongada de las membranas amnióticas, tabaquismo, traumatismo o destrucción tisular), defensas secundarias inadecuadas (disminución de la hemoglobina, inmunosupresión, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria) y procedimientos invasivos.

Giménez et al. (2008) destacan entre las imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero etiquetar como tales, problemas de salud que no pueden ser resueltos de forma autónoma por la enfermera o cuya solución depende del tratamiento prescrito por otro profesional.

Por otra parte, como se indicó anteriormente, Luis (2013) justifica que una de las causas con las que podría relacionarse la etiqueta de “*Riesgo de infección*” es con los conocimientos deficientes. En los resultados de nuestro estudio puede observarse, como el municipio de La Línea es el que presenta mayor prevalencia de la propia etiqueta “*Conocimientos deficientes*” de todos los municipios de la comarca.

La etiqueta “*Riesgo de infección*” estuvo muy presente en otras investigaciones en las que se identificó la necesidad 9 como necesidad alterada principal: Rodríguez y Ferrer (2002) la detectaron en segundo lugar, Cámara y Valenzuela (2007), en sexto lugar y Puntunet et al. (2012), también en segundo lugar.

Igualmente, Cáceres, Cañón, Rodríguez, Rodríguez M. y Maldonado (2005) y Mesquita, Pideda y Martins (2012), en investigaciones sobre diagnósticos enfermeros en la práctica asistencial, identificaron a esta etiqueta como la de mayor prevalencia.

5.3.2. LA ETIQUETA “ANSIEDAD”

Nombra una situación en la que la persona experimenta una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza (NANDA-I, 2013).

Los trastornos de ansiedad forman el grupo de trastornos mentales más comunes en la población general (Herrán, Hoyuela, Parrilla, Vázquez, 2007). Según los resultados del Proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD), el 13,6% de la población de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) ha padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, Bryson et al. 2004).

Según Luis (2013), se aconseja usar esta etiqueta cuando la persona sufra una ansiedad severa, es decir, el tercer nivel de los cuatro que clásicamente se han descrito: leve, moderada, severa y pánico.

En el total de episodios asistenciales de esta necesidad, el diagnóstico de “Ansiedad” fue identificado en 3.061 casos (23,8%). En los hombres representó el 21,3%, y en las mujeres un 25,9% y en el total de casos, el porcentaje de los usuarios con esta etiqueta fue en los hombres de un 40,2% frente a un 59,8% en las mujeres, datos que concuerdan con el trabajo de Amad (2014) en el que destaca que las mujeres son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres y con el informe sobre salud mental y género de la Organización

Mundial de la Salud (2013) en el que señala que las diferencias por sexo se dan precisamente en las alteraciones mentales comunes, entre ellas los trastornos de ansiedad, que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, identificándose un grupo de factores psicosocioculturales - diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición, desigualdad, violencia y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes, o los hallados por Velasco, López, Tourné, Calderó, Barceló y Luna (2007), cargas del rol tradicional, trabajo de cuidadora y los conflictos de pareja, entre otros - y psicobiológicos (Arenas y Puigcerver, 2009) - comorbilidad previa, predisposición genética, rasgos de la personalidad, hormonas sexuales, reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos -, que explicarían este predominio femenino.

Por municipios, sorprende la tasa de incidencia del municipio de La Línea, 22,1 (hombres TI=17,3; mujeres TI=26,8), muy por encima de la calculada para toda la comarca, 11,5 casos por cada 1.000 habitantes (hombres TI=9,2; mujeres TI=13,7) y muy por encima, también, de la que se obtuvo en el municipio de Tarifa, que presentó la menor incidencia, 4,5 (hombres TI=3,7; mujeres TI=5,3).

La media de edad de los diagnosticados, en este municipio, fue de 51,2 años (54,2 años de media en los hombres y 49,3 en las mujeres), muy similar a la media de edad de los usuarios de la comarca con este diagnóstico, 51,5 (53,8 años de media en los hombres y 50 en las mujeres), siendo el grupo etario con mayor porcentaje de episodios asistenciales con “*Ansiedad*” el de los adultos (51,7%), y el de menor porcentaje el de los preescolares (0,5%). Montero et al. (2004) identifican los cuadros ansiosos como una tendencia que siguen las mujeres generalmente a partir de una edad mediana. En nuestro caso no se aprecian grandes diferencias.

Impresiona la enorme diferencia que se encontró en los centros sanitarios del municipio de La Línea donde esta etiqueta fue identificada. Mientras en los centros de salud se diagnosticó en un 2,8% de los usuarios, en el hospital se

diagnosticó en un 97,2%. Este hecho se constató en todos los municipios de la comarca, y analizados, de forma global, los 3.061 casos, resultó que tan sólo 126 (4,1%) se diagnosticaron en centros de salud y 2.935 (95,9%) en ambos hospitales de la comarca. Es de suponer, por tanto, que el medio hospitalario genera en el usuario más sentimiento de aprensión o de vaga amenaza relacionada con la anticipación de un peligro desconocido que los centros de salud, o también, que la mayoría de las veces son síntomas muy inespecíficos, que reflejan insatisfacciones o frustraciones, pudiéndose enmascarar somáticamente, resultando más complejo su diagnóstico en atención primaria (Piqué, 2003; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Nuestros resultados concuerdan con los hallados en el estudio de Medina, Rodríguez y Giménez (2008), en el hospital Reina Sofía de Córdoba, que de un total de 49.066 diagnósticos enfermeros, el 17,5 fueron diagnósticos de “*Ansiedad*”; mientras que en el estudio de Brito, Rodríguez y Toledo (2009), realizado en las áreas de atención primaria de Tenerife y La Palma, de una muestra de 117.228 historias de salud informatizadas, tan sólo, el 3,6% fueron identificadas con la etiqueta de “*Ansiedad*”.

En el estudio sobre necesidades alteradas de Cámara et al. (2007), en el que identificaron a la necesidad 9 como la que afectaba a mayor número de usuarios, la etiqueta de “*Ansiedad*” resultó ser la prevalente.

5.3.3. LA ETIQUETA “RIESGO DE CAÍDAS”

Nombra una situación en la que la persona tiene un aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico (NANDA-I, 2013). Según Luis (2013), se aconseja usar esta etiqueta cuando sea posible reducir el riesgo actuando sobre la conducta del usuario o del cuidador o sobre los factores externos que contribuyen a aumentarlo o mantenerlo.

En las definiciones de caídas utilizadas en los últimos años, la mayoría cuenta con, por lo menos, tres de los siguientes factores (Da Silva y Gómez,

2008): que por lo menos parte del cuerpo de la persona entre en contacto con el suelo o con algún nivel más bajo, es decir, por debajo de la cintura pélvica; que sea un suceso inesperado y no intencional; que las circunstancias no sean capaces de provocar la caída de una persona joven o en buena forma, como sería por ejemplo, resbalar en un piso mojado; que el evento no sea causado por un factor intrínseco agudo, como por ejemplo, ACV, lipotimia o ataque cardíaco.

Las caídas, a menudo, resultan de la coexistencia de múltiples factores de riesgo que actúan de manera sinérgica en el individuo (Vu, Weintraub y Rubenstein, 2005). Los indicadores del potencial de caídas incluyen factores de riesgo intrínsecos (déficit cognitivo, déficit visual, debilidad muscular, problemas neurológicos, problemas de marcha y equilibrio y problemas cardiovasculares) y factores de riesgo extrínsecos (iatrogénicos y ambientales).

En el total de episodios asistenciales de esta necesidad, el diagnóstico de “*Riesgo de caídas*” fue identificado en 2.148 casos (16,7%). En los hombres representó el 15,4%, y en las mujeres un 17,8%, y en el total de casos el porcentaje de los usuarios con esta etiqueta fue en los hombres de un 41,4% frente a un 58,6% en las mujeres. Hecho que coincide con el informe sobre caídas elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2012) en el que se recoge que las mujeres son especialmente propensas a sufrir caídas.

Por municipios, la mayor tasa de incidencia la presentó el municipio de Jimena, 16 (hombres TI=10,4; mujeres TI=22), el doble de la calculada para toda la comarca, 8 casos por cada 1.000 habitantes (hombres TI=6,7; mujeres TI=9,4) y el triple de la que se obtuvo en el municipio de Los Barrios, que presentó la menor incidencia, 5,1 (hombres TI=3,5; mujeres TI=6,8).

La media de edad de los diagnosticados, en este municipio, fue de 79,9 años (79,6 años de media en los hombres y 80 en las mujeres), superior a la media de edad de los usuarios de la comarca con este diagnóstico, 76,2 (73,3 años de media en los hombres y 77,9 en las mujeres), siendo el grupo etario con mayor porcentaje de episodios asistenciales con “*Riesgo de caídas*” el de los ancianos (91,6%), y el de menor porcentaje el de los lactantes, niños pequeños,

preescolares, escolares y adolescentes en los que no se dieron ningún caso. Estos datos concuerdan con los de la Organización Mundial de la Salud (2012) respecto al riesgo de caídas en el grupo de ancianos pero no respecto a los grupos de edad de niños pequeños, preescolares y escolares, ya que según esta Organización, las ancianas y los niños pequeños son los de mayor riesgo de caídas.

Sorprende la enorme diferencia que se encontró en los centros sanitarios donde los usuarios del municipio de Jimena fueron diagnosticados de esta etiqueta diagnóstica. Mientras en los centros de salud de Jimena se diagnosticaron el 79%, en el hospital del SAS de La Línea se diagnosticaron el 21% en usuarios residentes en dicho municipio. Por el contrario, para Luzia, Victor y Lucena (2014) los pacientes hospitalizados poseen un riesgo aumentado de sufrir caídas debido al ambiente desconocido y a la situación clínica desfavorable en que se encuentran, y otros autores concluyen en sus estudios que uno de los eventos adversos más prevalentes en el ambiente hospitalario son las caídas (Carneiro, Bezerra, Silva, Souza, Paranaguá y Branquinho, 2011; Paiva MC, Paiva, SA y Berti, 2012).

Las investigaciones existentes sobre la etiqueta de “*Riesgo de caídas*” están dirigidas para poblaciones específicas como los ancianos y a pacientes con determinadas patologías (Gillespie L, Robertson, Gillespie W, Sherrington, Gates, Clemson y Lamb, 2013) relacionando las causas de la misma con factores tales como la edad, enfermedades neurológicas, enfermedades cardiovasculares, incontinencia urinaria y/o intestinal, problemas de equilibrio, fuerza y visión, alteración de la marcha y a reacciones adversas a los medicamentos (Deandrea, Lucenteforte, Bravi, Foschi, La Vecchia y Negri, 2010; Healey, Darowski, Lamont, Panesar, Poulton, Treml y Wiese, 2011), precisamente etiologías que, según Luis (2013), no justificarían la utilización de esta etiqueta como diagnóstico por parte de los profesionales enfermeros al no disponer de independencia en su actuación para eliminarla, reducirla o minimizarla. Dicha autora desaconseja el uso de la etiqueta “*Riesgo de caídas*” cuando esté relacionada con alguna de las siguientes causas: edad igual o superior a 65 años, edad inferior a 2 años, vivir solo, antecedentes de caídas, prótesis de las extremidades inferiores, habitación desconocida, condiciones climatológicas adversas (hielo, lluvia, etc.), ingesta de

medicamentos tales como inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), diuréticos, digitálicos, ansiolíticos, antihipertensivos, hipnóticos, narcóticos, tranquilizantes, antidepresivos tricíclicos, alcohol, y trastornos como anemias, artritis, diarrea, incontinencia, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores o problemas en los pies, dificultad en la marcha, mareos al extender o girar el cuello, alteraciones en la visión o la audición, deterioro del equilibrio, cáncer, neuropatía, hipotensión ortostática, posoperatorio, alteraciones de la glucemia postprandial, enfermedad aguda, déficits propioceptivos, insomnio, urgencia, enfermedad vascular.

Álvarez, Ranero y Figueredo (2011) y Puntunet et al. (2012) identificaron la etiqueta de “*Riesgo de caídas*” como la primera en orden de aparición de las que conformaban la necesidad de “evitar los peligros ambientales y lesionar a otros” y Cámara et al. (2007) la identificaron en segundo lugar.

En investigaciones referentes a prevalencias de diagnósticos enfermeros en el ámbito de la atención primaria de salud, esta etiqueta aparece en un alto porcentaje. Vázquez, Gastelu y Casals (2008), en un estudio sobre las necesidades de los ancianos que vivían solos en una zona básica de salud, la diagnosticaron en un 84,4%; Martínez, Canalejas, Vera, Cid y Martín (2010), en el estudio de déficit de autocuidado en los pacientes de 75 años, en un 69,2%; y Ponce, Bellido, Cortés, López, Rey y Montaña (2006), en el estudio sobre problemas identificados en atención domiciliaria en pacientes dependientes, en un 39,5%.

5.4. LIMITACIONES

En los estudios ecológicos de grupos múltiples de tipo exploratorio, como éste, hay que tener en cuenta la llamada falacia ecológica, donde las exploraciones basadas en datos sociodemográficos referidos a áreas, no necesariamente pueden ser aplicadas sobre individuos. A pesar de sus limitaciones, los estudios ecológicos tienen la ventaja de tener en cuenta factores sociales, geográficos y comunitarios de tipo contextual que no pueden ser analizados en los estudios individuales (Borrel, Rúa, Pasarín, Benach y Kunst, 2000; Bas, 2007).

Al ser un estudio a un año y no una serie, no se pueden estimar las tendencias temporales de las características sociodemográficas y los patrones de ingresos hospitalarios o de consultas en centros de salud. Se pretendió realizar una foto fija con un corte transversal como metodología de trabajo para obtener una visión general que sirviera de punto de partida en futuros estudios y que señalase las desigualdades existentes. Es un estudio de corte transversal por lo que no se dispone de resultados a cerca de la estabilidad, la sensibilidad al cambio y la validez predictiva, que hubiera requerido un enfoque longitudinal.

Podría considerarse que una limitación del estudio sería no tener en cuenta los reingresos hospitalarios o las repetidas consultas en centros de salud de los mismos usuarios. Existen estudios que sí lo hacen, además estudian las variables que influyen en los mismos (Yamada, Korman y Hughes, 2000). Sin embargo, el objetivo de este estudio han sido las necesidades alteradas. Por ello, ha sido útil tener claro tal objetivo y denominar al comienzo del trabajo, en el diseño, el indicador episodio asistencial. Como lo que se notifica son “episodios”, no se puede conocer el número de veces que una persona es atendida en los centros asistenciales (a lo largo de un año una persona puede ser atendida en más de una ocasión). Ahora bien, para profundizar en las diferencias territoriales encontradas y considerar la variabilidad en la práctica clínica, así como para valorar criterios de calidad asistencial puede ser útil, en futuros estudios, considerar los reingresos hospitalarios y las repetidas consultas en centros de salud, de modo que pueda analizarse si en las diferencias entre municipios encontradas influye esta variable.

Otra posible limitación de los resultados presentados estaría relacionada con la calidad de las bases de datos de donde se obtienen las particularidades sobre los episodios asistenciales. Esta calidad depende de la fiabilidad de los datos personales, de la adecuada clasificación y codificación de los diagnósticos NANDA, del número de usuarios a los que se les aplica la metodología enfermera y de la inclusión de las necesidades identificadas. La experiencia ha demostrado que entre las técnicas usadas hay algunas que pueden ser fuente de errores y sesgos que aparecen repetidamente en las evaluaciones de situaciones de salud (Vizcaya et al., 2013). La información basada en registros de servicios de prestación de salud puede ser engañosa, reflejará sólo a aquellos que han buscado

atención activamente y como los que buscan atención no necesariamente son aquellos que la necesitan, los resultados de la evaluación pueden presentar un cuadro irreal (Donabedian, 1988; Baquero, 2004; Torres, Doubova, Reyes, Villa, Constantino, y Pérez, 2006).

Actualmente existe acuerdo sobre que la documentación de la metodología enfermera de toma de decisiones, basada en un modelo de cuidados, resulta imprescindible. Legalmente se está obligado a hacerlo, al ser el ejercicio de la enfermería reconocido por la ley como una profesión titulada y regulada (BOE, 2003) y, profesionalmente, se necesita hacerlo, porque no dejar registro de la práctica impide mejorar la calidad de la atención enfermera, gestionar los recursos, investigar para descubrir cómo mejorar los cuidados o enseñar a los futuros profesionales (Giménez et al., 2008).

A pesar del indiscutible beneficio que, para la profesión de enfermería, supone disponer y utilizar las herramientas informáticas, puesto que están destinadas a facilitar la documentación sobre el proceso enfermero, a constituir las bases de datos, fundamental para la investigación enfermera y, por tanto, a hacer más visible la aportación de estos profesionales al cuidado de la salud (Müller-Staub et al., 2006), se observan algunos riesgos derivados de su inadecuada utilización, sobre los que merece la pena reflexionar, ya que pueden tener consecuencias no deseables tanto para el paciente, como para la profesión y la disciplina enfermera.

Es posible que las herramientas que se están empleando para dejar constancia del hacer enfermero no sean las más idóneas. En este sentido, es posible que los formatos de valoración enfermera, con frecuencia muy estructurados y con múltiples preguntas cerradas (Giménez et al., 2008), no sean los más adecuados para valorar la existencia de respuestas individuales que requieren cuidados enfermeros, ya que para eso es necesario profundizar más en el conocimiento de la persona (Lee, Chang y Phillips, 2006; Watson, 2006). En ocasiones, además, los datos de valoración no se registran (Müller-Staub et al., 2006) o no son recuperables, como ocurre, con algunas aplicaciones informáticas

en las que la enfermera selecciona o carga directamente el diagnóstico en un plan de cuidados, pero no queda registro de la valoración realizada.

Los planes de cuidados estandarizados se refieren a los procesos de diagnóstico y tratamientos médico-quirúrgicos que se llevan a cabo en la institución sanitaria donde se van a realizar. El eje principal de estos planes es el proceso asistencial concreto o grupo de diagnósticos relacionados (GDR) y los cuidados enfermeros se planifican en función de una previsión de respuestas del individuo ante el mismo (Consejo General de Enfermería, 2002; Lewis, Heitkemper y Dirksen, 2004). Sería sencillo prever las consecuencias de los procedimientos diagnósticos, de la enfermedad y de su tratamiento, así como las complicaciones potenciales de los mismos, pero no son igual de previsibles las respuestas individuales ante estas situaciones. Esto podría suponer adelantarse a las dificultades de un paciente para realizar las actividades de cuidados básicos y prever la provisión de los mismos de manera protocolizada; es posible, también, que conociendo el proceso enfermero, se suponga el efecto que éste puede tener sobre la persona y sus allegados, lo que puede y debe orientar en la indagación sobre posibles diagnósticos enfermeros, pero resulta muy difícil anticiparse y dar por sentada su existencia, tan sólo contando con el conocimiento de que existe una determinada enfermedad o que le ha sido practicada una técnica diagnóstica o se le administra cualquier tratamiento. Esto favorece el que se nombren como diagnósticos enfermeros los problemas interdependientes o de colaboración, cuando no es obligatorio, ni necesario, que el paciente tenga diagnósticos enfermeros en todas las situaciones de salud para asegurar que está correctamente cuidado (Giménez et al., 2008).

No obstante, en el análisis de las características de las herramientas informáticas disponibles para la documentación enfermera, no se puede obviar la participación de los profesionales de enfermería, tal es el caso del módulo de cuidados enfermeros Azahar (Servicio Andaluz de Salud, 2015), cuando e incluso, en algún caso han sido creadas por ellos mismos, lo que puede llevar a pensar en el propósito y la utilidad para la que fueron diseñadas. Parece claro que, con estas herramientas, la profesión de enfermería ha intentado responder a los requerimientos de la gestión de los servicios de salud, a las exigencias actuales de

medición y control de los resultados de los procesos de salud, quizá más que a las de la propia disciplina, a pesar de que es perfectamente reconocible el esfuerzo de sus creadores por recoger y reflejar en ellas la especificidad de la aportación enfermera al cuidado de la salud, especialmente, en las clasificaciones de lenguaje enfermero, NANDA, NIC y NOC, y en las aplicaciones informáticas para la gestión del proceso. Sin embargo, las imprecisiones identificadas en la documentación del proceso diagnóstico ponen de manifiesto una utilización poco rigurosa, que puede obedecer a un imperativo institucional centrado en el cumplimiento de normas y no de resultados en salud que propicia un uso, en cierta manera, inadecuado de la metodología de cuidados, o, por el contrario, puede deberse a una actitud excesivamente celosa del uso de herramientas, hasta el punto de sustituir con ellas cualquier proceso de razonamiento crítico sobre el paciente.

El acto de etiquetar debe realizarse no de forma rutinaria, está de más e incluso resulta contraproducente para los registros clínicos. Etiquetar para identificar y hacer visible la necesidad insatisfecha expuesta y percibida por la persona que se atiende, es el enfoque que debería otorgarse al diagnóstico enfermero, esto es, el beneficio clínico que produce un empleo adecuado del mismo.

También, podría considerarse otra limitación en esta investigación, el no haber utilizado toda la documentación clínica concerniente a los episodios asistenciales de los usuarios atendidos en los centros sanitarios de la comarca. En la base de datos generada, para este estudio, en el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, por el Servicio de Tecnología y Sistema de Información del Servicio Andaluz de Salud, únicamente se hicieron constar las etiquetas diagnósticas y datos referentes a la edad, sexo, población de residencia y diagnósticos médicos de los usuarios. Dicha documentación clínica hubiese permitido analizar los factores relacionados, las manifestaciones, signos y/o síntomas, y las fuentes de dificultad que acompañaron a cada uno de los diagnósticos establecidos y poder proporcionar un mayor sustento a las necesidades alteradas identificadas.

*La vida es el arte de sacar
conclusiones suficientes a partir
de datos insuficientes.*

Samuel Butler

6 Conclusiones

Basándonos en los objetivos propuestos, podemos deducir las siguientes conclusiones:

6.1. Fase1. Actualización del modelo de Virginia Henderson para el estudio disciplinar y la práctica asistencial de la enfermería actual

- Los resultados obtenidos en este estudio invitan a una profunda reflexión sobre la aplicación de los cuidados enfermeros basados, actualmente, en un modelo generado hace 50 años.
- La actualización del modelo de V. Henderson se adapta a la realidad sanitaria y sociocultural actual.
- Las propuestas planteadas a los conceptos metaparadigmáticos del modelo permitirán comprender el *ser*, el *saber* y el *quehacer* de la enfermería.
- Los determinantes propuestos para cada necesidad favorecerán el desempeño adecuado de la labor enfermera.
- Se ha profundizado en cada una de las etapas y componentes del proceso enfermero desde el marco conceptual de Virginia Henderson, en combinación con la NANDA, para aportar elementos racionales y reproducibles a la hora de la toma de decisiones, facilitando de forma clara y explícita la recogida, selección, análisis e interpretación de la información de que se dispone para identificar el problema de la persona, familia o comunidad.
- Al no existir consenso en los registros a utilizar bajo el modelo de Virginia Henderson y el uso pertinente de los mismos en la fase de valoración del paciente, provocando con ello diferentes interpretaciones en la primera y fundamental fase del proceso de enfermería, se determinaron los datos a recoger en la valoración del paciente y se indicaron las posibles

manifestaciones de independencia y de dependencia que deben identificarse en cada una de las 14 necesidades.

- Para facilitar la práctica enfermera en el uso de diagnósticos con el modelo de Henderson, se han clasificado los diagnósticos NANDA, en lugar de por dominios y clases, por necesidades y se indicaron aquellos diagnósticos que pueden ser usados por las enfermeras dentro de su campo de actuación, pues pueden ser resueltos con actividades independientes de enfermería y aquellos otros, que no identifican la respuesta de la persona ante una situación de salud, sino que se refieren a técnicas o procedimientos y/o a problemas de colaboración que derivan directamente de la situación patológica de la persona.
- El enfoque metodológico de Virginia Henderson permitió detectar, adecuadamente en nuestro estudio, las necesidades alteradas de los usuarios a través de los diagnósticos enfermeros. Aun así, teniendo en cuenta que el modelo de Henderson es el más utilizado en nuestro país, se hace ineludible, para que pueda ser llevado a la práctica en el marco del proceso de atención de enfermería, consensuar la propuesta de la taxonomía NANDA a las necesidades de V. Henderson, evitando así la disparidad de criterios en la identificación de las necesidades.
- Dada la diversidad de opiniones sobre cómo priorizar los diagnósticos enfermeros en la etapa de planificación del proceso y la escasa realización de esta subetapa por parte de los profesionales de enfermería, se fijaron cinco niveles con los criterios para priorizar los diagnósticos siguiendo el orden establecido por Henderson en sus necesidades.
- Actualmente el desarrollo en la gestión sanitaria de los denominados GDR (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), los proyectos de investigación NOC (Clasificación de los Objetivos de Enfermería) y NIC (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería), así como el proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera) conducen al diseño y la utilización de planes de cuidados estandarizados. Caminar en esta dirección no

debe hacer olvidar el objetivo de individualización de los cuidados a través del proceso de cuidados enfermeros.

- Se ha indicado cómo establecer los objetivos en el plan de cuidados, clasificándolos según las fuentes de dificultad de la persona, identificando en cada clasificación su nivel de operatividad, la descripción de ésta y los verbos mensurables expresados en forma de resultados esperados por parte de la persona; al mismo tiempo, se propuso cómo dirigir las actividades a reducir o eliminar las fuentes de dificultad del usuario.
- En la fase de ejecución del proceso enfermero, se ha incorporado la figura de un familiar o allegado del paciente, para lo cual se hace imprescindible la formación de ésta y proporcionar instrumentos técnicos y de soporte que eviten la aparición del cansancio del rol de cuidador y una atención de baja calidad.
- La evaluación del proceso enfermero no sólo debe dirigirse a la estructura en la que tiene lugar el cuidado, el proceso de cuidar y los resultados de los cuidados, sino que debe permitir evaluar la satisfacción de la persona que recibe los cuidados de enfermería. Para ello, sería necesario incorporar al registro de evaluación alguno de los instrumentos propuestos.

6.2. Fase 2. Identificación de las necesidades básicas de salud, fundamentadas en el modelo de Henderson actualizado, de la población asistida del Campo de Gibraltar

- Los sistemas de información tienen limitaciones inherentes pero son una herramienta útil de explotación de datos. El aumento progresivo de etiquetas diagnósticas por parte de la NANDA dificulta la incorporación de los cambios en los sistemas de información sanitarios disponibles. Así, algunas etiquetas de las clasificaciones 2009-2011, 2012-2014 y 2015-2017 no figuran en los módulos de cuidados enfermeros Diraya y Azahar.
- Es necesario, controlar y unificar criterios en la codificación de los datos que incluyan los cambios y criterios nosológicos actuales. Las administraciones sanitarias de las CCAA deberían establecer criterios consensuados acerca de las características básicas de los sistemas de información de enfermería y establecer un único sistema que sirva para todo el territorio nacional y, por tanto, posibilite análisis comparativos interterritoriales, que sirvan para la planificación adecuada de los Cuidados de Enfermería y el desarrollo y avance de la profesión enfermera.
- Invitan a la reflexión algunos hechos detectados en los resultados de este estudio: el gran número de diagnósticos identificados en los grupos de edad de ancianos y adultos y la escasez de los mismos en los lactantes, niños pequeños, preescolares y escolares; las notorias diferencias en cuanto a la utilización de etiquetas diagnósticas en hospitales y centros de salud, y la poca utilización de un importante número de etiquetas diagnósticas.
- Todos los municipios de la comarca mostraron una mayor prevalencia de episodios asistenciales en mujeres. La mayor morbilidad de las mujeres y su paradójica mayor esperanza de vida es un tema que sigue generando innumerables investigaciones que, frecuentemente, no proporcionan resultados concluyentes. Este hecho pone en evidencia la necesidad de continuar

investigando sobre el análisis de riesgos y exposiciones, en un marco conceptual que tenga en cuenta los factores sociales y psicológicos que afectan de forma desigual a mujeres y hombres, o sea, el análisis desde la perspectiva de género. Este tipo de investigación ayuda a explicar cómo el género repercute de forma desigual en la calidad de vida, salud y bienestar de las personas.

- La elevada tasa de incidencia de episodios asistenciales con necesidades alteradas en el municipio de San Roque debería ser objeto de estudio. Hay que tener en cuenta que es el municipio con mejores datos socioeconómicos de toda la comarca, mayor número de núcleos poblacionales y mayor industrialización, por encima de la media provincial y andaluza.
- Las necesidades alteradas más prevalentes son “evitar los peligros ambientales y lesionar a otros”, “moverse y mantener posturas adecuadas”, “mantener la higiene corporal y la integridad de la piel” y “ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal”.
- Sería necesario explorar en futuros estudios las causas relacionadas con la etiqueta diagnóstica “*Riesgo de infección*”, dada la alta prevalencia de ésta, sobre todo, en el municipio de La Línea.
- Ante la prevalencia de diagnósticos de riesgo (“*Riesgo de infección*” y “*Riesgo de caídas*”), identificados en la necesidad alterada principal, “evitar los peligros ambientales y lesionar a otros”, podemos concluir que las actividades de prevención deben ser un elemento fundamental entre los profesionales de enfermería, siendo necesaria la adecuación de los recursos para ello y, en especial, en los municipios de La Línea y Jimena, donde esta necesidad fue hallada de manera extraordinaria. Sería conveniente, en futuros estudios, analizar las causas de la alta prevalencia de estas etiquetas.
- La presión de incorporar en la praxis la utilización de un registro de diagnósticos de enfermería acompañado de la falta de formación, la excesiva carga de trabajo, un escaso desarrollo del rol independiente, la escasa

capacidad de los Diagnósticos NANDA de adecuarse a realidades asistenciales distintas, su complejidad en la estructura que dificulta su manejo y el uso de un lenguaje poco comprensible, hace que se caiga en el riesgo de un determinado patrón de comportamiento de “etiquetar por etiquetar”. Así lo demuestra la identificación de un elevado número de determinadas etiquetas en determinados centros asistenciales y la escasez de las mismas en otros. La competencia en el manejo de la tecnología debería incluir el dominio del proceso de razonamiento diagnóstico y el desarrollo del pensamiento crítico.

- Paralelamente a lo expuesto en el punto anterior, es necesario continuar investigando sobre la validación clínica de los diagnósticos NANDA. A pesar de la llamada de algunos autores y de la propia NANDA-I, a considerar la validación de diagnósticos como un tema prioritario para conseguir una mejora de los cuidados y un mayor desarrollo profesional, este tipo de estudios son claramente insuficientes.
- Sería interesante realizar un análisis comparativo de los resultados obtenidos en la zona del Campo de Gibraltar con otras zonas de características socioeconómicas y medioambientales similares y valorar las diferencias en la utilización de las etiquetas diagnósticas y en la identificación de necesidades alteradas.
- El desarrollo de la enfermería en nuestro país depende, en gran medida, de estudios epidemiológicos que arrojen luz acerca de los modelos teóricos subyacentes al proceso de atención de enfermería, la adecuación de las etiquetas diagnósticas y de la valoración de las necesidades de la población que den a conocer las diferencias inherentes y posibiliten la distribución equitativa y racional de los recursos.

7 Referencias bibliográficas

- Abdellah, F.G. (1957). Method of identifying covert aspects of nursing problems. *Nursing Research*, 57, 4.
- Abdellah, F.G. (1959). *Improving the Teaching of Nursing Through Research in Patient Care*. Washington: Heiderken LE.
- Ackley, B.J. y Ladwig, G.B. (2011). *Nursing diagnosis handbook: An evidence based guide to planning care* (9th Ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Agramonte, A., Valdés, C. y Rodríguez, M. (2010). Comodidad, reposo y sueño. En N.L. Bello, *Fundamentos de Enfermería*. Parte II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Alba, A., Ríos, A. y López, A. (2010). Necesidad de eliminar por todas las vías corporales. En J.C. Bellido y J.F. Léndinez, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (1^a Ed., pp. 57-72). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Alberdi, R.M., Arroyo, P., Cabello, B., Mompart, M.P. y Segura, M. (1983). *Conceptos de Enfermería. Curso de Nivelación ATS*. Madrid: UNED.
- Alberdi, R. (2006). Los estudios Universitarios de Enfermería y sus implicaciones en la investigación en cuidados. *Enfermería Clínica*, 16(6), 332-335.
- Alberti, F., Feliu, L., Calderón, M., Sáenz, C., Serra, M.R., Bennasar, A. y Fuster, P. (2006). *Programa integral de atención al paciente pluripatológico*. Palma de Mallorca: GESMA.
- Alfaro, R. (1998). *Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica* (p. 6). Barcelona: Ediciones Doyma.
- Alfaro, R. (2002). *Aplicación del proceso de enfermería. Guía paso a paso* (4^a Ed.). Barcelona: Masson.

- Alfaro, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración* (5ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Almenara, J. (2002). *Medidas de frecuencia de una enfermedad*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- American Psychological Association (APA). (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: Autor.
- Alonso, I., Urbis, A., Ortiz de Zárate, A., Ruiz, M.A., Lizalde, B. y García, R. (2008). *Guía estandarizada de cuidados de enfermería en los trastornos de personalidad*. Madrid: Asociación de Enfermería en Salud Mental.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M.A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. y Vollebergh, W.A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMEeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 420, 21-7.
- Alonso, S. y Ros, M.T. (2008). Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita: utilizando NANDA, NIC y NOC. *Enfermería en cardiología*, XV(44), 33-36.
- Álvarez, B. (2008). Sistemas de información en atención primaria. Estructura general de Diraya. Historia digital de salud del ciudadano. Base de datos de usuarios. Módulo de tratamiento de información. Confidencialidad. Ley de protección de datos. En B. Álvarez, A. Bravo, M.J. De Castro, G. Mancho y J. Ras, *Manual CTO Atención Primaria. Preparación de oposiciones Andalucía* (pp. 55-58). Madrid: CTO Editorial.
- Álvarez, E.N., Ranero, V. y Figueredo, Y. (2011). Procesos diagnósticos y de intervención de enfermería en el estado funcional de ancianos ingresados en el Centro de Investigación sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. *GeroInfo*, 6(3), 1-11.
- Amad, M. (2014). *Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad*. Tesis de doctorado, Universidad de Murcia, Murcia, España.
- American Nurses Association. (1980). *ANA social policy statement*. Washington, DC: Autor.
- Arenas, M. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.

- Arribas, A.A., Aréjula, J.L., Borrego, R., Domingo, M., Morente, M., Robledo, J. y Santamaría, J.M. (2006). *Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración en enfermería*. Madrid: FUDEN.
- Arribas, A.A., Santamaría, J.M., Domingo, M., Sellán, C., Borrego, R. y Gómez, J.L. (2011). *Estudio descriptivo y analítico de los diagnósticos de enfermería y su clasificación. Edición 2009-2011*. Madrid: FUDEN.
- Arroyo, M.P. (2007). Dimensiones éticas en los cuidados enfermeros. Editorial. *Metas de Enfermería*, 10(6), 3.
- Asamblea Médica Mundial. (2008). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Seúl, Corea: 59ª Asamblea General
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE). (1996). *I Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería: "Hacia un lenguaje común. ¿Diagnósticos de Enfermería?"*. Libro de resúmenes. Barcelona: Autor.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE). (2001). *El correo AENTDE. La AENTDE inicia el proceso de validación de la taxonomía de la NANDA*. Recuperado de http://www.aentde.com/pages/correo/ca_200142/!
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE). (2010). *Posicionamiento AENTDE. Los diagnósticos de vigilancia en el contexto español*. Recuperado de <http://www.aentde.com/modules.php?name=News&file>
- Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO). (2015). *Presentación*. Recuperado de <http://www.acendio.net/>
- Association Francophone Européenne des Diagnostics Interventions Résultats Infirmiers (AFEDI) (2015). *Objetivos*. Recuperado de <http://www.afedi.com/>
- Aspinall, M.J. (1976). Nursing diagnosis; the weak link. *Nurs Outlook*, 24, 433-436.
- Baker, P. (1986). Diagnóstico de Enfermería. En: J.W. Griffith y P.J. Christensen, *Proceso de atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos* (p. 141). México: Editorial El Manual Moderno.
- Baquero, G. (2004). El papel de la epidemiología en la identificación de necesidades relacionadas con la fisioterapia en Colombia. *Salud pública de México*, 46(1), 5-6.

- Barroso, Z. y Torres, J.M. (2001). Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial. *Rev. Cubana Salud Pública*, 27(1), 11- 12.
- Bas, P. (2007). *Epidemiología de los episodios de hospitalización psiquiátricos en España*. Tesis de doctorado, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.
- Bedregal, P., Quezada, M., Torres, M., Scharager, J. y García J. (2002). Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Rev. méd. Chile*, 130(11), 1287-1294.
- Bellido, J.C. y Lendínez, J.F. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Bellido, J.C., López, A. y Ríos, A. (2010). Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. En J.C. Bellido y J.F. Léndínez, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (1ª Ed., pp. 111-132). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Benach, J., Yasui, Y., Borrell, C., Rosa, E., Pasarín, M.I., Benach, N., Español, E., Martínez, J.M. y Daponte, A. (2001). *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995)* (p. 114). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra/MSD.
- Benavent, M.A., Camaño, R. y Cuesta, A. (1999). *Metodología en Enfermería*. Valencia: Universitat de València.
- Benavent, M.A., Ferrer, E. y Francisco del Rey, C. (2001). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Benavent, M.A., Ferrer, E. y Francisco del Rey, C. (2009). Juicio y acción terapéutica: planificación, ejecución y evaluación. En M.A. Benavent, E. Ferrer y C. Francisco del Rey, *Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería S21*. (2ª Ed., pp. 280-304). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Berbiglia, V.A. y Banfield, B. (2011). Dorothea E. Orem. Teoría del déficit de autocuidado. En M. Raile y A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería* (7ª Ed., pp. 265-285). Barcelona: Elsevier España.
- Berman, A., Snyder, S.J., Kozier, B. y Erb, G. (2008). *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Bermejo, J.C. (2004). *Apuntes de relación de ayuda* (7ª Ed). Santander: Sal Terrae.
- Bircher, A. (1975). On the development and classification of diagnoses. *Nursing Forum*, 14, 10.

- Blanco, R., Zapico, F., Juanol, M.D. y Aguas, A. (2003). *Entorno y necesidades de salud de la población mayor de 75 años no atendida en cuatro áreas básicas de salud de Barcelona*. Recuperado de <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/623/649>
- Bloch, D. (1975). Evaluation of nursing care in terms of process and outcome: Issues in research and quality assurance. *Nurs Res*, 24(4), 256-263.
- Boletín Oficial del Estado. (1999). LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE, núm. 298 de 14 de diciembre, páginas 43088 a 43099.
- Boletín Oficial del Estado. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, núm. 274 de 15 de noviembre, páginas 40126 a 40132.
- Boletín Oficial del Estado. (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE, núm. 280 de 22 de diciembre, páginas 41442 a 41458.
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. (2002). Orden 2 de Diciembre 2002. BOJA núm. 149, de 19 diciembre de 2002, páginas 24.524 a 24.527.
- Boltvinik, J. (2007). *Jerarquía de necesidades y Ley de Ángel*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/09/index.php?section=>
- Bolumar, F. (2008). Medición de los fenómenos de salud y enfermedad en epidemiología. En G. Piedrola, *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11ª Ed. pp. 87-95). Barcelona: Elsevier.
- Borrell, C., Rué, M.I., Pasarín, M., Benach, J.E. y Kunst, A. (2000). La medición de las desigualdades en salud. *Gac Sanit.*, 14 Supl 3, 20-33.
- Bregel, F., Ferrer, E., Almagro, C., Hernández, S. y Rey, T. (1999). Diagnósticos enfermeros: de la teoría a la práctica. *Revista EUE La Fe*, 1: 83-87.
- Brito, P.R., Rodríguez, M. y Toledo, C. (2009). Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en atención primaria. *Ene-revista de enfermería*, 3(1): 42-51.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y McCloskey, J.M. (Eds.). (2009). *Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)*. (5ª Ed., p. 3) Barcelona: Elsevier.
- Bulechek, G.M. y McCloskey, J. (1989). *Nursing intervention: Treatments for potential nursing diagnosis*. Philadelphia: JB. Lippincott.
- Bultemeier, K., Gunther, M., Daily, J.S., Spoleder, J., Murray, C.A., Satterley, M.C., Schnell, D.L. y Wallace, T.L. (1999). Martha E. Rogers. Seres

- humanos unitarios. En A. Marriner y M. Raile, *Modelos y teorías en enfermería* (4ª Ed., pp. 207-226). Madrid: Harcourt Brace de España.
- Cabrero, J. y Richart, M. (2000). *Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Cáceres, F.M., Cañón, W., Rodríguez, A.L., Rodríguez, M.S. y Maldonado, L. (2005). Prevalencia de diagnósticos enfermeros del adulto hospitalizado en Unidades de Cuidado Intensivo. *Metas de Enfermería*, 8(7), 27-31.
- Camaño, R. (2009). Desarrollo histórico de conocimiento y del método científico. En: MA. Benavent, E. Ferrer y C. Francisco del Rey, *Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería S21*. (2ª Ed., pp. 118-142). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Cámara, S. y Valenzuela, A.J. (2007). *Necessities detected in patients derived to sanitary center in an ambulance of the urgent transport network after being treated by the 061 emergency team*. Recuperado de http://web2014.fuden.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=104&FilaInicio=61#
- Camargo, I.L. y Caro, C.V. (2009). Comportamiento de cuidados del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. *Avances en enfermería*, 27(1), 48-59.
- Campbell, C. (1987). *Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos*. Barcelona: Ed. Doyma.
- Campo, M.A., García, C., Val, J.L., Núñez, E., Figueras, G. y Gascón, D. (2003-2004). Descriptores de Resultados Enfermeros en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*, 61, 18-22.
- Camps, M., Pérez, A., Román, I., Sansó, N. y Tur, J.J. (2005). *Guía de cumplimentación de la valoración enfermera*. Mallorca: Complex Hospitalari GESMA.
- Candelas, M.A., Sandonís, L.M., Álvarez, S., Barrenetxea, M.I., Cabezudo, A. y Aguado I. (2003). Protocolo de enfermería en la atención al paciente y familia al ingreso en la unidad coronaria. *Enfermería en Cardiología*, 30, 32-38.
- Cánovas, M.A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. Tesis de doctorado, Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Cárdenas, V., Ibáñez, J. y Alba, A. (2010). Necesidad de respirar normalmente. En J.C. Bellido y J.F. Léndinez, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (1ª Ed., pp. 35-40). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

- Carneiro, F.S., Bezerra A.L.Q., Silva, A.E.B.C., Souza, L.P., Paranaguá, T.T.B. y Branquinho, N.C.S.S. (2011). Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enferm UERJ*, 19(2): 204-11.
- Carpenito, L.J. (1986). *Diagnóstico de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Carpenito, L.J. (1987). *Diagnóstico de enfermería*. México: Interamericana
- Carpenito, L.J. (1995). *Diagnóstico de enfermería* (5ª Ed.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Carpenito, L.J. (2003). *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica* (9ª Ed.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Carroll-Johnson, R. (1993). *Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the tenth conference*. Philadelphia: Lippincott.
- Castillo, C. (2003). Producción enfermera. ¿Utopía o realidad? *Enfermería Global*, 2, 1-4.
- Celma, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras*. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, Granada, España.
- Charrier, J. y Ritter, B. (2005). *El plan de cuidados estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica*. Barcelona: Masson.
- Chinn, P.L. y Kramer, M.K. (2004). *Theory and nursing: Integrated Knowledge development* (6ª Ed.). St. Louis: Mosby.
- Cohen, J. (1991). Two portraits of caring: a comparison of the artist. Leininger and Watson. *J. Adv. Nurs*, 16, 899-909.
- Cohen, M. y Nagel, E. (1993). *Introducción a la lógica y al método científico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cols, C. (1988). Virginia Henderson. 91 años y enfermera desde la I Guerra Mundial. Recuperado de http://elpais.com/diario/1988/05/13/ultima/579477606_850215.html
- Coll, M., Besora, I., Icart, T., Ferré, M.A, Manito, I. y Ondiviela, A. (2007). Cuidados enfermeros según Virginia Henderson. *Revista ROL de Enfermería*, 30(3), 53-56.
- Consejería de Salud. (2004). *Manual de atención primaria. Historia de salud digital del ciudadano. Manual de usuario*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

- Consejería de Salud. (2006). *Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital* (p. 11). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Consejo General de Enfermería. (2002). *Proyecto NIPE: Normalización de las intervenciones para la práctica de la Enfermería*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2007). *Declaración de Posición. Investigación de enfermería*. Recuperado de: <http://www.icn.ch/es/publications/position-statements/>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2010). *Definición de enfermería*. Recuperado de <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Consejería de Medio Ambiente de la Junta de Andalucía. (2010). *Diagnóstico de la situación ambiental del entorno del Campo de Gibraltar. Informe final*. Recuperado de <http://www.eez.csic.es/files/InfoFinalAmpGibraltar.pdf>.
- Contreras, E., Báez, A., Guerrero, M., Marfil, A., Morales, J., Nogales, C.J., Ruiz, B. y De Sisto, S. (2000). *Planes de cuidados enfermeros estandarizados en Atención Primaria*. Málaga: Distrito Sanitario Costa del Sol. Servicio Andaluz de Salud.
- Cruz-Rojo, C. y Almisas, M. (2009). Análisis epidemiológico de la mortalidad por causas en la Bahía de Algeciras (2001-2005). *Gac Sanit.*, 23, 388-95.
- Cruz-Rojo, C., Bejar, L.M. y López, D.J. (2011). Ingresos hospitalarios en el área de la Bahía de Algeciras. Comparación con Andalucía y España (2001-2005). *Gac Sanit.*, 25(5), 403-411.
- Cueli, M., Raya, M.Y., Fernández, V., Velasco, S., Álvarez, S. y Rodríguez, M. (2011). Diseño de una escala de valoración integral de enfermería (EVIDE) basada en las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson. *Nuber Cientif.*, 4(1), 41-46.
- Cuesta, A., Camaño, R. y Guirao, J.A. (2001). *Diagnósticos de enfermería: categorías, formulación e investigación*. Madrid: Ediversitas.
- Cuesta, A., Guirao, J.A. y Benavent, M.A. (1994). *Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español*. Madrid: Díaz de Santos.
- Dancausse, F. y Chaumat, E. (2004). *La información en enfermería: Transmisión diana. Guía metodológica*. Barcelona: Masson.
- Da Silva, Z.A. y Gómez, A. (2008). Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. *Fisioterapia*, 30(3), 142-51.

- Da Silva, R., Ferreira, R., Mara, K. y Dos Santos, I. (2013). *Atención continuada de enfermería según Virginia Henderson a ancianos en situaciones quirúrgicas*. Recuperado de <http://www.indexfpublicaciones.saludcastillayleon.es:80/evidentia/n43/ev7958.php>
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C. y Negri, E. (2010). Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*, 21(5), 658-68.
- De Pedro, J. y Zaforteza, C. (2005). *No más estudios sobre registros de enfermería: ¿hay resultados en términos de salud?* Recuperado de <http://index-f.com/evidentia/n6/147articulo.php>
- Del Pino, R., Frías, A., Palomino, P.A. y Cantón, D. (1995). Modelos en Enfermería Comunitaria. *Rol de Enfermería*, 207, 57-63.
- Del Pino, R. y Ugalde, M. (1999). Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*, 9(3), 115-120.
- Del Pino, R. (2000). Metodología de trabajo en Enfermería Comunitaria. En A. Frías Osuna, *Enfermería Comunitaria* (p. 172). Barcelona: Masson.
- Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica* (pp. 71-79). México: Fondo de Cultura Económica.
- Dos Santos, I. (1999). *Epidemiología del cáncer: principio y métodos*. Lyon: Organización Mundial de la Salud.
- Durán, M.M. (2007). Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Rev. Aquichán*, 7(2), 12.
- Durand, M. y Prince, R. (1966). Nursing diagnosis: Process and decision. *Nursing Forum*, 5, 50.
- Edel, M. (1982). The nature of nursing diagnosis. In J.F. Carlson, C.A. Craft y A.D. McGuire, *Nursing diagnosis* (p. 9). Philadelphia: WB Saunders Co.
- Echevarría, P., López, M.J. y Gutiérrez, D. (2004). De la teoría a la práctica en investigación. *Índex de Enfermería*, 46, 54-57.
- El Consejo General del Poder Judicial sitúa los juzgados linenses como los que ingresan más casos penales de la provincia (19 de mayo de 2015). *Diario Viva Campo de Gibraltar*, p.3.
- Elizalde, A., Martí, M. y Martínez, F.A. (2006). Una revisión crítica del debate sobre necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. *Polis: revista académica de la Universidad Bolivariana*, 5(15), 2-19.

- Espinar, D. y Delgado, H. (2009). Persona, salud, entorno y enfermería. En: S. Darías Curvo, *Enfermería Comunitaria. Colección Enfermería S21* (2ª Ed., Vol. II, pp. 450-461). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Estrada, S.L., Cruz, C., Nol, V., Rivadeneira, B. y Soloiro, G. (1996). Hoja de valoración de enfermería, instrumento para identificar respuestas humanas del paciente. *Desarrollo Científ Enferm -Méx-*, 4(5), 15-24.
- Fargues, I., Serret, M. y Guillaumet, M. (2006). Observació de l'entorn del client. Percepció d'aprenentatge dels estudiants d'Infermeria. *Ágora de Infermeria*, 40(10), 1016-1023.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing. Current status and future refinements. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 16, 84-87.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of Conceptual Models of Nursing* (3ª Ed., Cap. 1). Philadelphia: FA. Davis Company.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing Knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2ª Ed.). Philadelphia: FA Davis Company.
- Fernández, C., Garrido, M., Santo Tomás, M. y Serrano, M.D. (2000). *Enfermería Fundamental*. Barcelona: Masson.
- Fernández, C. y Luis, M.T. (2005). El proceso enfermero. En M.T. Luis, C. Fernández y M.V. Navarro, *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* (pp. 3-16). Barcelona: Masson.
- Fernández, M.A., Gómez, J., Gabaldón, E., Domingo, M., Torres, M. y Terrés, C. (2003). Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enfermería Clínica*, 13(3), 137-145.
- Ferrer, E., Benavent, MA. y Francisco del Rey, C. (2009). Juicio diagnóstico: valoración y diagnóstico. En M.A. Benavent, E. Ferrer y C. Francisco del Rey, *Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería S21* (2ª Ed., pp. 248-258). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Figoski, M. y Downey, J. (2006). Perspectives in continuity of care. Facility charging and nursing intervention classification (NIC): The new dynamic duo. *Nursing Economics*, 24, 102-11.
- Flaskerud, J.H. y Halloran, E.J. (1980). Areas of agreement in nursing theory development. *ANS Adv Nurs Sci* 3(1), 1-7.
- Francisco del Rey, C. y Mazarrasa, L. (2006). Cuidados informales y autocuidados. En J.R. Martínez y R. Del Pino, *Enfermería en Atención Primaria* (Vol. II, pp. 709-746). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).

- Francisco, J.C. (2008). *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera*. Tesis de doctorado, Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, España.
- Freese, B.T. (2007). Betty Neuman. Modelo de sistemas. En A. Marriner y M. Raile, *Modelos y teorías en enfermería* (6ª Ed., pp. 317- 352). Madrid: Elsevier España.
- Freese, B.T. y Lawson, T.G. (2011). Betty Neuman. Modelo de sistemas. En M. Raile y A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería* (7ª Ed., pp. 309-334). Barcelona: Elsevier España.
- Frías, A. y Palomino, P.A. (1996). Modalidades de atención y organización de enfermería en la atención primaria de salud. En L. Mazarrasa, C. Germán, A. Sánchez, T. Merelles, y V. Aparicio, *Salud Pública y enfermería comunitaria* (Volumen I, pp. 923-939). Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Frutos, M., Iglesias, J.A., Frutos, J.M. y Calle, A. (2007). *La persona en el proceso de la muerte*. Recuperado de <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/208/177>
- Fry, V.S. (1953). La orientación constructiva en el campo de la enfermería. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 35(6), 722-6.
- Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). (2003). *Guía de Diagnósticos Enfermeros en Atención Primaria*. Madrid: Autor.
- Fuentes, L., Pineda, A., García, I., Jiménez, I., Cabeza, M.J. y Motero, J.J. (2007). Circuito quirúrgico informatizado. Una herramienta para la mejora de la atención al paciente quirúrgico. *Index de Enfermería*, 58, 59-62.
- Gabaldón, E.M. (2008). *Los planes de cuidados como evaluación escrita de las prácticas clínicas*. Tesis de doctorado. Universidad de Alicante, Alicante, España.
- Gallardo, K. (2007). *La taxonomía de Marzano en la evaluación del aprendizaje*. Recuperado de http://www.cca.org.mx/profesores/congreso_recursos/descargas/kathy_marzano.ppt
- Gallegos, R.M. y Díaz, R. (2006). Definición de las catorce necesidades básicas de los individuos. *Desarrollo Científ Enferm*, 14(7), 268-273.
- García, A., Francisco del Rey, C., Palazuelos, P. y Bustos, M.L. (2004). *El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de valoración del Proceso de Atención de Enfermería*. Recuperado de <http://www.index-f.com/cuidenplus/extendida.php?tipo=articulo&doc=clave&pos=125®istro=394441>

- García, C. y Sellán, M.C. (1995). *Fundamentos Teóricos y Metodológicos de Enfermería*. (pp. 69, 104-105). Madrid: LBS.
- García, M.I., López, M.M. y Vicente, M.J. (2004). Reflexiones en torno a la relación terapéutica. ¿Falta tiempo? *Index de Enfermería*, XIII(47), 44-48.
- García, T., Hansche, J. y Lobert, J.H. (2006). A user's guide to operationalizing NANDA, NIC and NOC in a nursing curriculum. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17, 33-4.
- García, M.D., Garrido, I. y Bellido, J.C. (2010). Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas. En: J.C. Bellido y J.F. Léndinez, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (1ª Ed., pp. 73-85). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26, 161-175.
- Gaviria, D.L. (2009). La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 24-33.
- Gebbie, K.M. y Lavin, M.A. (1975). *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the first national conference*. St. Louis: Mosby.
- Germán, C., Romero, A.M., Nieto, M.J. y Buljandon, M.A. (1996). Metodología del trabajo de Enfermería en la Comunidad. En L. Mazarrasa, C. Germán, A. Sánchez, T. Merelles y V. Aparicio, *Salud Pública y enfermería comunitaria*. (Volumen I, pp. 941-969) Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Gillespie, L., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M. y Lamb, S.E. (2013). *Intervenciones para la prevención de caídas en las personas de edad avanzada que residen en la comunidad*. Recuperado de <http://www.cochrane.org/es/CD007146/intervenciones-para-la-prevencion-de-caidas-en-las-personas-de-edad-avanzada-que-residen-en-la-comunidad>
- Giménez, A.M. (1998). XIII Conferencia de la NANDA: Visitar nuestro pasado, imaginar nuestro futuro. *Metas de Enfermería*, 6, 5-10.
- Giménez, A.M. (2000). Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de NANDA: Entrevista con la Dra. Dorothy Jones. *Metas de Enfermería*, 29, 26-32.
- Giménez, A.M. y Serrano, P. (dic 2008/ene 2009). Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas de Enfermería*, 11(10), 57-62.
- Giménez, M.A. y Bordanove, D. (2009). *Los registros informatizados en UCI aumentan la eficacia del equipo asistencial*. Tesis de maestría, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

- Gispert, R., Torné, M.M. y Arán-Barés, M. (2006). La efectividad del sistema sanitario en España. *Gac Sanit.*, 20, 117-26.
- Gloskey, D., Kravutske, M.E. y Zugic, M. (2006). Do you need to educate RNs on how to document using the nursing outcome classification? *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17, 34-5.
- González, E. y Pérez, F. (2007). La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. *Rev Esp Cardiol.* 7, 37-46.
- González, R. (1998). *Método de resolución de problemas como instrumento de la praxis de enfermería*. Proyecto Docente: Enfermería Fundamental, Tomo I no publicado. Universidad de Cádiz. Cádiz. España.
- González Gutiérrez-Solana, R. (2008). Los diagnósticos de vigilancia en el contexto español. En Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE Eds). VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería AENTDE “*Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero*”. Barcelona. AENTDE.
- González, J.C., Medina, A. y Avelés, C. (2004). Proceso enfermero: de la teoría a la práctica. *Enfuro*, 92, 25-29.
- González-Outón, J., Yang, R.M. y Rabadán, A. (2011). Sistemas de información sanitarios en el Servicio Andaluz de Salud. *Papeles médicos*, 20(1), 28-49.
- Gordon, M. (1976). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Madrid: Elsevier España.
- Gordon, M. (1982). *Nursing diagnosis: process and application*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Gordon, M. (2006). Tips on teaching nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17, 35.
- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería* (11ª Ed). Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Granados, F. (2006). La educación para la salud (EpS): metodología, aplicación y uso. En J.R. Martínez y R. Del Pino, *Enfermería en Atención Primaria* (Vol. I, pp. 193-224) Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.

- Guimaraes, R.K. y De Oliveira, M.V. (2013). Diagnósticos de enfermería en individuos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Avances en Enfermería*, XXXI(2), 11-21
- Gunther, M.E. (2002). A discipline specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 353-59
- Gunther, M.E. (2011). Martha E. Rogers. Seres humanos unitarios. En M. Raile y A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería* (7ª Ed., p. 246). Barcelona: Elsevier España.
- Guzmán, H. (2007). Aspectos conceptuales, metodológicos y operativos de los objetivos de aprendizaje. *Gac Med Bol.*, 30(1), 72-79.
- Haghenbeck, K. (2005). Critical care nurses experiences when technology malfunctions. *JNY State Nurses Assoc.*, 36(1), 13-9.
- Healey, F., Darowski, A., Lamont, T., Panesar, S., Poulton, S., Treml, J. y Wiese, M. (2011). Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. *BMJ*, 342, d329.
- Heather, T. y Von Krogh, G. (2013). La Taxonomía II de NANDA International 2012-2014. En NANDA-I, *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014* (p. 61). Barcelona: Elsevier España.
- Henderson, V. (1961). *Basic principles of nursing care*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64, 62-68.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education*. New York: Macmillan.
- Henderson, V. (1971). Health is everybody's business. *Canadian nurse*, 67, 33.
- Henderson, V. (1973). On nursing care plans and their history. *Nursing Outlook*, 21, 378-379.
- Henderson, V. (1987). Nursing process: a critique. *Holistic Nursing Practice*, 1(3), 7-18.
- Henderson, V. (1991). *The nature of nursing: Reflections after 25 year*. New York: National League for Nursing Press.
- Henderson, V. (2000). Discurso de recepción. *Invest Educ Enferm*, 18(2), 83-7.
- Henderson, V. y Nite, G.A. (1978). *The Principles and Practice of nursing*. (6ª Ed., pp. 122, 829, 831). New York: Macmillan.

- Herdman, T.H. y Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Hernández-Conesa, J., Moral, P. y Esteban-Albert, M. (2002). *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método* (2ª Ed.). Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Herrán, A., Hoyuela, F., Parrilla, M. y Vázquez, J. (2007). Trastornos de ansiedad. En J. Vázquez (Ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria* (2ª Ed., pp. 269-298). Madrid: Aula Médica.
- Hospital Universitario Reina Sofía. (2012). *Manual Azahar* Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=manual_azahar...
- Howk, C. (2003). Hildegard E. Peplau. Enfermería psicodinámica. En A. Marriner y M. Raile, *Modelos y teorías en enfermería* (5ª Ed., pp. 379-398). Madrid: Elsevier España.
- Huércano, I. (2011). *Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería*. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php>
- Huitzi, J.X., Elorza, M.I., Urkia, J.M., Zubero, J. y Zupiria, X. (2012). *Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados de un área de salud*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(5), 903-8.
- Ibáñez, J., García, M.D. y Fernández, S. (2010). Necesidad de respirar normalmente. En J.C. Bellido y J.F. Léndinez, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (1ª Ed., pp. 41-56). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Ibáñez, L.E., Amaya, C. y Céspedes, V.M. (2005). Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. *Revista Aquichan*, 44-55.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *INEbase/Nomenclator. Relación de unidades poblacionales*. Recuperado de: <http://www.ine.es/>
- Irigibel-Uriz, X. (2007). Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. *Index Enferm*, 16(57), 55-59.
- Jeran, A.F., Azari, R. y Nesbitt, T.S. (2001). Reducing the cost of frequent hospital admission for congestive heart failure. A randomized trial of a home telecare intervention. *Medical Care*, 39, 1234-45.

- Jesse, D.E. (2011). Jean Watson. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En M. Raile y A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería* (7ª Ed., p. 94). Barcelona: Elsevier España.
- Jiménez, A.B., Salinas, M.T. y Sánchez, T. (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Rev. Enferm IMSS*, 12(2), 61-63.
- Jiménez, J.C. y Cerrillo, D. (2010). Registros de Enfermería: un espejo del trabajo asistencial. *Metas de Enfermería*, 13(6), 8-11.
- Johnson, D. (1959). A philosophy of nursing. *Nurs Outlook*, 7, 198-200.
- Johnson, M. (2006). Linking NANDA, NOC and NIC. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17, 39-40.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas, M., Moorhead, S. y Swanson, E. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones* (2ª Ed.). Madrid: Elsevier-Mosby.
- Jurado, J., Anglada, M.T., Canet, M., Privat, M.L., Fábrega, T. y Juvinyà, D. (2008). Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. *Enfermería Clínica*, 18(5), 253-261.
- Kautz, D., Kuiper, R., Pesut, D., Knight-Brown, P. y Daneker, D. (2005). Promoting clinical reasoning in undergraduate nursing students: Application and evaluation of the outcome present state test (OPT) model of clinical reasoning. *International Journal of Nursing Scholarship*, 2(1), 1-21.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. y Duquette, A. (2007). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kershaw, B. y Salvage, J. (1998). *Modelos de enfermería*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Ketefian, S. y Reedman, R.W. (1997). Nursing science in the global community. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29(1), 11-16.
- Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L. y Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic research: principles and quantitative methods*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Komarita, N. (1963). Nursing diagnosis. *Am J Nurs*, 83, 86.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. y Snyder, S. (2005). *Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y práctica*. (7ª Ed). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K. y Wilkinson, J.M. (2008). *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica*. (8ª Ed. Vol. 1). Madrid: Prentice-Hall.

- Kuerten, P. y Lenise do Prado, M. (2008). Modelo de Cuidado: ¿Qué es y cómo elaborarlo? *Index Enferm*, 17(2), 128-132
- Lavin, M.A., Avant, K., Craft-Rosenberg, M., Herdman, T.H. y Gebbie, K. (2004). Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15, 39-47.
- Ledesma, M.C. (2004). *Fundamentos de Enfermería*. México: Limusa.
- Lee, J., Chang, A.C. y Phillips, D.R. (2006). Diagnostic practice in nursing: a critical review of the literature. *Nursing and Health Science*, 8, 57-65.
- Lefebvre, M. y Dupuis, A. (1993). *Le jugement clinique en soins infirmiers*. París: InterEditions.
- Lefebvre, M. y Dupuis, A. (1999). *Juicio clínico en cuidados de enfermería*. Barcelona: Masson.
- Leininger, M. (1991). *Cultural care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Lenz, E., Pugh, L.C., Milligan, S.A. y Gift, A. (1995). Collaborative development of middle range nursing theory: Toward a theory of umpleasean symptoms. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 1-13.
- León, C.A. (2006). *Enfermería ciencia y arte del cuidado*. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm#autor
- León, J., Manzanera, J.T., López, P. y González, L. (2010). Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. *Enfermería Global*, 19, 1-13.
- Levins, R. y López, C. (1999). Toward an ecosocial view of health. *Int J Health Serv.*, 29, 261-93
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M. y Dirksen, S.R. (2004). *Enfermería Médicoquirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas Críticos*. (6ª Ed. Vol. II.). Madrid: Elsevier.
- Little, D.E. y Carnevali, D.L. (1996). *Nurse care planning*. Philadelphia: Lippincott.
- López-Abente, G., Pollán, M., Escolar, A. Errezola, M. y Abaira, V. (1996). *Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992* (p. 336). Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer.
- López, C. (2009). *Actividades de la vida diaria: La persona*. Enfermera virtual. Barcelona: Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Recuperado de

<http://www.infermeravirtual.com/es-es/actividades-de-la-vida-diaria/la-persona/definición.html>.

- López, M., Santos, S., Várez, S., Abril, D., Rocabert, M., Ruiz, M. y Mañé, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clin.*, 16(4), 218-21.
- López, S.R. (2004). Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Índex de Enfermeria*, 13(44-45), 32-36.
- López, A., Alba, A. e Ibañez, J. (2010). Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente. En J.C. Bellido y J.F. Léndinez, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (1ª Ed., pp. 97-100). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Luis, M.T. (1996). *Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial* (2ª Ed.). Madrid: Mosby-Doyma Libros.
- Luis, M.T. (2006). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica* (7ª Ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Luis, M.T. (2008). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica* (8ª Ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Luis, M.T. (2013). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. (9ª Ed., p. 30). Barcelona: Elsevier.
- Luis, M.T., Fernández, C. y Navarro, M.V. (2000). *De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. (2ª Ed., pp. 28-29). Barcelona: Masson.
- Luis, M.T., Fernández, C. y Navarro, M.V. (2005). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. (3ª Ed.). Barcelona: Elsevier.
- Lunney, M. (2001). *Critical thinking and nursing diagnoses: Case studies and analyses*. Philadelphia: NANDA International.
- Lunney, M. (2006). Staff development. Helping nurses use NANDA, NOC and NIC: Novice to expert. *Journal of Nursing Administration*, 36, 118-25.
- Lunney, M. y Müller-Staub, M. (2013). Diagnósticos enfermeros e investigación. En NANDA International. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier España.
- Luzia, M.F., Victor, M.A.G. y Lucena, A.F. (2014). Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 22(2), 262-8.

- Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Magán, P., Alberquilla, A., Otero, A. y Rivera, J.M. (2011). Hospitalizations for ambulatory care, sensitive conditions and quality of primary care, their relation with socioeconomic and health care variables in the Madrid regional health service (Spain). *Med Care*, 49, 17-23.
- Magnon, R. y Dechanoz, G. (1993). *Dictionnaire des soins Infirmiers*. París: l'AMIEC.
- Marco, A., Fonfria, C., Bellver, C., Fonfria, R., Fusté, D., Muñoz, A., Garrido, Á., Sanmartín, G., Serrada, R., Pedro, C., Balaguer, F., Navarro, M.L. y Zubioca, C. (2007). Aplicando el nuevo rol de la enfermería. En Consejo General de Enfermería de la Comunidad Valenciana. *Trabajos ganadores de las tres primeras ediciones del Premio CECOVA de Investigación en Enfermería*. Alicante: Consejo General de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Marriner, A. (1979). *The nursing process*. St. Louis: C.V. Mosby Co.
- Marriner, A. (2007). Teorías de la enfermería de importancia histórica. Virginia Henderson. En A. Marriner y M. Raile, *Modelos y teorías de enfermería* (6ª Ed., pp. 54-56). Madrid: Elsevier-Mosby.
- Marriner, A. y Raile, M. (1999). *Modelos y teorías en enfermería*. (4ª Ed.). Madrid: Harcourt Brace de España.
- Marriner, A. (2003). Virginia Henderson. Definición de la enfermería clínica. En A. Marriner y M. Raile, *Modelos y teorías de enfermería*. (5ª Ed., p. 99). Madrid: Elsevier España.
- Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. (6ª Ed.). Madrid: Elsevier- Mosby.
- Martin, K.S. y Scheet, N.J. (1992). *The Omaha system: Applications for community health nursing*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company
- Martínez, A.A. (2004). Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria*, 3(1), 54-59.
- Martínez, C., Cañadas, A., Rodríguez, E. y Tonel, S. (2003). Dificultades en la valoración enfermera. *Enfermería Clínica*, 13(4), 195-201.
- Martínez, E.D. y López, M.J. (2011). El conocimiento y la aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería. *Recien. Revista Científica de Enfermería*, 2, 1-21.

- Martínez, M.L., Canalejas, M.C., Vera, M.L., Cid, M.L. y Martín, C. (2010). Déficit de autocuidado en los pacientes de 75 años y más, a los dos meses del alta hospitalaria. *Metas de Enfermería*, 13(7), 28-32.
- Martínez, S. y Fortaleza, M.D. (2002). Cumplimentación de un registro de valoración de enfermería en una unidad de hospitalización. *Metas de Enfermería*, V(49), 23-26.
- Maslow, A. (2000). *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del Ser* (13ª Ed.). Barcelona: Kairos.
- Max-Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (2010). *Desarrollo a escala humana. Opciones para el futuro*. Madrid: Biblioteca CF+S.
- McCloskey, J. y Bulechek, G.M. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (4ª Ed.). Madrid: Elsevier España.
- McCutcheon, T. (2004). Statement on Nursing: A personal perspective. *Gastroenterology*, 27(5), 226-229.
- McFarland, J. (1998). Importancia de los modelos para el cuidado. En B. Kershaw y J. Salvage, *Modelos de enfermería* (p. 1). Barcelona: Ediciones Doyma.
- McFarland, M. (2011). Madeleine M. Leininger. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En M. Raile y A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª Ed., pp. 472-498). Barcelona: Elsevier España.
- McLane, A. (1979). A taxonomy of using diagnoses: toward a science of nursing. *Milwaukee Prof Nurse*, 20, 33.
- Medina, M.J., Rodríguez, M.A. y Giménez, R. (2008). Descripción y análisis del grado de aplicación del programa informático de cuidados, Azahar, en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Planteamiento de nuevas líneas de actuación. *Enfermería Global*, 13, 1-9.
- Melchor, P. y Santillán, A. (2012). Actuación de enfermería en la leucemia mieloide aguda. *ENE. Revista de Enfermería*, 6(2), 71-80.
- Meleis, A.I. (1991). *Theoretical Nursing: development and Progress* (2ª Ed.). Philadelphia: JB Lippincott Co.
- Meleis, A.I. (2005). *Theoretical nursing: development and progress* (3ª Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4ª Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meneses, S. (2011). *Proceso de Atención de Enfermería (PAE)*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/78071698/23/PRIORIZACION-SEGUN-LA-JERARQUIA-DE-MASLOW-Maslow-establece>

- Mesa, E., Torres, S. y Alejo, J.A. (2007). Efectividad de las intervenciones enfermeras sobre pacientes y familiares en una unidad de cuidados de enfermería. *Nure Inv*, 4, 27.
- Mesquita, E., Pideda, M. y Martins, R. (2012). Nursing diagnosis prevalence in patient at an intensive care unit of a public hospital. *Journal of Nursing*, 6(6), 1361-8.
- Millán, M.D., Bellido, J.C. y Garrido, I. (2010). Necesidad de comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. En J.C. Bellido y J.F. Léndinez, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (1ª Ed., pp. 133-151). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). (2002). *Proyecto NIPE: Normalización de las intervenciones para la práctica de enfermería*. Madrid: Autor.
- Mompart, M.P. y Durán, M. (2009). La información en la organización sanitaria. En M.P. Mompart y M. Durán, *Administración y Gestión. Colección Enfermería S21*. (2ª Ed., pp. 236-249). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. y Vázquez-Barquero, J.L. (2004). Parte II. Temas actuales de salud pública. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit.*, 18 Suppl. 1, 175-81.
- Montero, M., Conthe, P. y Roma, P. (2010). Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en los servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp.*, 210, 149-58.
- Montes, L.C. (2010). *Verbos prohibidos*. Recuperado de <http://textoscirculo.blogspot.com.es/2010/02/verbos-prohibidos.html>
- Moorhead, S., Johnson, M. y Maas, M.L. (2004). *Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (3ª Ed.). Madrid: Elsevier.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. y Swanson, E. (Eds.) (2009). *Clasificación de resultados en enfermería (NOC)*. (4ª Ed., p. 31). Barcelona: Elsevier.
- Morales, A., Rodríguez, M.A. y Luévano, S. (2010). *El uso de taxonomías y el Modelo AREA como herramientas para el cuidado de Enfermería*. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0536.php>
- Morales, J.M. (2007). Metodología enfermera en el cuidado del paciente crítico. En J. López, J.M. Morales y A. Quesada, *Cuidados al paciente crítico adulto*. (Vol. I, pp. 65-70). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).

- Moreno, M.E. (2003). *Necesidad de un marco epistemológico para la práctica de Enfermería. XVI Coloquio de Investigación*. Manizales: Universidad de Caldas. ACOFAEN.
- Moreno, M.E. (2007). Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería. *Rev. Aquichán*, 1(5), 44-45.
- Moreton, M. (2011). *Revisión bibliográfica: ventajas e inconvenientes de la aplicación de los modelos de enfermería en la práctica*. UCrea Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10902/883>
- Morilla, J.C., Morales, J.M., Martín, F.J. y Cuevas, M. (dic. 2005/ene. 2006). El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de Enfermería*, 8(10), 58-62.
- Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I. y Achterberg, T. (2006). Nursing Diagnosis, interventions outcomes-application and impact of nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs*, 56(5), 514-31.
- Mundinger, M.O., O'Neil, M. y Jauron, G.D. (1975). Developing a nursing diagnosis. *Nurs Outlook*, 23(2), 94-98.
- Muñoz, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis* (2ª Ed.). México: Pearson Educación.
- Murrain, E. (2009). Tendencias de la investigación en enfermería. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 18(2), 90-96.
- Murray, M.E. y Atkinson, L.D. (1996). *Proceso de atención de enfermería* (5ª Ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Newman, M. (1992). *Nursing's theoretical evolution. Perspectives on nursing theory* (2ª Ed.). Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Newman, M. (1995). The continuing revolution: a history of nursing science. A developing discipline. *New York: National League for Nursing Press*, 18-32.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (1990). *Taxonomy of nursing diagnoses*. St Louis: Autor.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2005). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006. NANDA International*. (p.193). Madrid: Elsevier España.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2007). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2007-2008*. Philadelphia: Autor.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2008). *Taxonomy of nursing diagnoses*. St Louis: Autor.

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2010). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2013). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier España.
- Núñez del Castillo, M. y Siles, J. (2004). Historia. Tras las huellas de nuestros orígenes cuidadores. *Cultura de los Cuidados*, 16, 14-19.
- Núñez del Castillo, M., Siles, J. y Jurado, J.L. (2008). Relación de ayuda a través de la historia: una aportación desde la perspectiva iconográfica. *Cultura de los Cuidados*, 23, 27-34.
- Nurses Christian Fellowship (NCF). (1980). *The nurse's role in spiritual care*. Dallas, Texas: Wokshop, Baylor University Medical Center,
- Ordóñez-Iriarte, J.M., Gómez, M.E., Sánchez, J.I., Fernández, C., López, R. y Ferrer, J.B. (2004). El medio ambiente y su impacto en la salud: riesgos tradicionales, nuevos riesgos. *Gac Sanit.*, 18 Suppl 1, 222-33.
- Orem, D.E. (1971). *Nursing: concept of nursing*. New York: McGraw Hill.
- Orem, D.E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica*. Barcelona: Masson Salvat Enfermería.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6ª Ed., p. 351). St. Louis: Mosby.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Caídas*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Gender and women's mental health*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Public health, environmental and social determinants of health (PHE). Burden of disease from ambient and household air pollution*. Recuperado de http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/en/
- Orlando, I.J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. New York: Putnam's Sons.
- Ortego, M.C. (2002). De ATS a Diplomado en Enfermería (1953-2002). *Rol de Enfermería*, 25(9), 576-581.
- Ortiz, O. y Torres, C.I. (2006). *Los primeros pasos hacia la implementación de un modelo de cuidados de enfermería*. Recuperado de

<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/los%20primeros%20pasos%20hacia%20un%20modelo.pdf>

- Paiva, M.C.M.S., Paiva, S.A.R. y Berti, H.W. (2012). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 44(2), 287-94.
- Palacios, D. (2008). Modernidad, positivismo y tecnología. Influencia en la enfermería y en pacientes que necesitan equipamiento tecnológico. *Index de enfermería*, 17(3), 188-192.
- Palomo, J.C. y Fernández, R. (2007). Efectividad de la práctica enfermera en el spet cardiaco. *RSEER*, 4(1), 19-24.
- Palomo, J.C., Fernández, R., Sánchez, N. y Prieto, M. (2007). *Efectividad de la práctica enfermera en unidades de apoyo al diagnóstico*. Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-2articulo.php>.
- Pancorbo, P.L., García, F.P., Soldevilla, J.J. y Blasco, C. (2009). *Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión*. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño: GNEAUPP.
- Parker, L. y Lunney, M. (1998). Moving beyong content validation of nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*, 9(4), 144-150.
- Peinado, M.C., Carrión, R.M., Domínguez, M.D., Estepa, M.J., Barroso, M. y Zamorano, P. (2010). *Registro para la implementación de los planes de cuidados*. Recuperado de <http://0-www.index-f.com.diana.uca.es/para/n8/048.php>
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. y Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th Ed.). NJ.: Prentice Hall.
- Peña, E. (2005). *Material de apoyo para la elaboración del plan de cuidados*. Recuperado de <http://www.centrosaludzaidinsur.es/documentos/publicaciones-enfermeria/Materialplandecuidados.html>
- Pérez, F. (2010). *Educación Continuada Sanitaria (EDUCSA)*. Recuperado de <http://0-nandanocnic.educsa.com.diana.uca.es/libros/nanda/listados/listado-necesidades-nanda.php>
- Pérez, R. (2014). *Necesidades y problemas más frecuentes en pacientes y cuidadores al final de la vida en atención domiciliaria*. Recuperado de http://formacionasunivep.com/congresosalud/documents/libro_digital_completo.pdf#page=222

- Peya, M. (2010). La necesidad de un lenguaje enfermero estructurado y sistematizado (II). *Nursing*, 28, 6.
- Pfetscher, S. (2011). Florence Nightingale 1820-1910. La enfermería moderna. En M. Raile y A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª Ed., pp. 71-90). Barcelona: Elsevier España.
- Phaneuf, M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros*. México: McGraw-Hill.
- Phillips, K.D. (2011). Sor Callista Roy. Modelo de adaptación. En M. Raile y A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª Ed., pp. 335-365). Barcelona: Elsevier España.
- Pineda, M. (2010). *Investigación Documental*. Recuperado de <http://mariopinedayala.blogspot.com/2010/03/investigacion-documental.html>
- Piqué, E. (2003). Mujer y Salud desde una perspectiva de género. *Metas de Enfermería*, 6(53), 50-4.
- Planelles, M. y Romaguera, C. (2014). *La Línea es la ciudad más contaminada de España, según la OMS*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/05/24/actualidad/1400953564_377787.html
- Ponce, J.M., Bellido, M.L., Cortés, I., López, L., Rey, E. y Montaña, A. (2006). Problemas identificados en atención domiciliaria en pacientes dependientes y sus cuidadoras a través de la taxonomía NANDA. *Hygía*, 64, 42-48.
- Pokorny, M. (2011). Teorías en Enfermería de importancia histórica. En M. Raile y A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª Ed., pp. 64-66). Barcelona: Elsevier España.
- Poletti, R. (1980). *Cuidados de Enfermería. Tendencias y modelos conceptuales*. Barcelona: Ed. Rol.
- Porcel, A.M. (2011). *Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados*. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, Granada, España.
- Potter, P.A. (2007). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Harcourt.
- Potter, P.A., Griffin, A., Stockert, P.A. y Hall, A.M. (2014). *Fundamentos de Enfermería* (8ª Ed.). Barcelona: Elsevier.
- Pratz, A.M. y Ortega, M.C. (2011). Proceso enfermero a un adulto joven con miocardiopatía dilatada basado en el modelo de Virginia Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(1), 27-33.

- Pulido, R.M. y Vallespín, R. (2007). Aspectos generales de enfermería en las unidades de cuidados paliativos. En T. Bondyale, *Enfermería en Cuidados Paliativos* (pp. 49-55). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Puntunet, M.L, Ortega, M.C., Montesinos, G., Leija, C., Quintero, M.M., Cruz, G. y González, N.E. (2012). Diagnósticos de enfermería más frecuentes por necesidad en la persona con afección cardiovascular. *Enfermería Cardiológica*, 20(1), 12-16.
- Ramírez, C.A. y Parra, M. (2011). Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en enfermería*, 29(1), 97-108.
- Ramos, E. (2009). Programación en salud comunitaria. En S. Darías, *Enfermería Comunitaria. Colección Enfermería S21*. (2ª Ed., Vol. II, pp. 530-541). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Ramos, A.J., Cárdenas, V. y Rodríguez, M.C. (2010). Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias. En J.C. Bellido, y J.F. Léndinez, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (1ª Ed., pp. 153-162). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Rayego, J., Rodríguez-Vidigal, F., Mayoral, L., Álvarez, A. y Najarro, F. (2006). Mortalidad hospitalaria en el servicio de medicina interna de un hospital de primer nivel. *An Med Intern.*, 23, 406-10.
- Real Academia Española. (2012). *Ayudar*. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=ayudar>.
- Reyes, J., Jara, P. y Merino, J.M. (2007). Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 45-57.
- Reyes, E. (2009). *Fundamentos de Enfermería*. México: Manual Moderno.
- Rich, M., Veredas, I., Caballero, M.T., Farnós, M.G. y Díaz, J.L. (2004). *La informatización a pie de cama. Desarrollo de un entorno tecnológico de soporte integrado al proceso asistencial de enfermería*. Recuperado de <http://www.astic.es/sites/default/files/articulosboletic/mono05.pdf>
- Riechmann, J. (1998). *Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Riehl, J. (1992). *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Riehl, J. y Roy, C. (1980). *Conceptual models for nursing practice*. (2ª Ed., p. 6). New York: Appleton-Century Crofts.

- Ríos, A., Rodríguez, M.C. y Cárdenas, V. (2010). Necesidad de escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse. En J.C. Bellido, y J.F. Léndinez, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (1ª Ed., pp. 93-96). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Rivera, R.F. (2008). *Curso La Investigación Documental*. Recuperado de <http://www.mailxmail.com/curso-investigacion-documental>.
- Rodríguez, A.M. y Ferrer, M.A. (2002). Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enfermería Clínica*, 12(6), 253-9.
- Rodríguez, A. y Terry, B. (2001). Determinación rápida de las necesidades de salud en desastres naturales agudos por terremotos. *Rev cub hig y epi*, 40, 3.
- Romá-Ferri, M.T. (2010). Las terminologías de enfermería y su representación en SNOMED. *Revista I+S Informática y Salud*, 80, 23-31.
- Rosales, S. (2008). *Fundamentos de Enfermería*. (3ª Ed.). Chile: Manual Moderno Editorial.
- Rothman, K.J. (1987). *Epidemiología moderna*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Roy, C. (1975). Diagnostic classification system for nursing. *Nurs Outlook*, 23(2), 90-92.
- Roy, C. (1982). Theoretical framework for classification of nursing diagnoses. In M.J. Kim y D.A. Moritz, (Eds), *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Third and Fourth National Conferences* (pp. 215-220). New York: McGraw-Hill
- Roy, C. y Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model*. (2ª Ed., p. 30). Upper Saddle River. NY: Pearson Education, Inc.
- Rué, M., Roqué, M., Solà, J. y Macía, M. (2001). Modelos probabilísticos de mortalidad para pacientes hospitalizados en unidades convencionales. *Med Clin (Barc)*, 117, 326-31.
- Ruiz, M.J., Sánchez, P., Bonilla, I., Martínez, R., González, G. y Martínez, I. (2006). Plan de cuidados a un paciente con púrpura trombocitopénica idiopática. *Nursing*, 24(2), 61-66.
- Saba, V.K. (1992). A Classification of Home Health Care Nursing Diagnoses and Interventions. *Caring*, 11(3), 50-57.
- Sáez, M. (2003). Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit.*, 17, 412-9.

- Sales, D. y Sansó, N. (2004). *Dificultades en la valoración enfermera. ¿Qué dificultades encuentra la enfermera en la valoración del paciente?* Recuperado de <http://www.Index-f.com/evidentia/n2/59articulo.php>
- Sanabria, L., Otero, M. y Urbina, O. (2002). Los paradigmas como base del pensamiento actual de la profesión enfermera. *Revista Cubana de Educación Superior*, 16, 4.
- Sánchez, B. (2005). *La Enfermería como disciplina en la Investigación y el Cuidado en América Latina*. Bogotá: Unilibros.
- Sánchez, R. (19 de mayo de 2015). La Línea tiene la tasa de paro más alta de todo el estado español. *Diario Viva Campo de Gibraltar*, p.4.
- Sánchez, N. y Reigosa, L.F. (2006). SELENE. Informatización de la historia clínica electrónica: Implicación sobre el proceso de enfermería. *Enfermería Global*, 8, 1-10.
- Sánchez, M.B. y Duarte, G. (2013). Riesgo de Deterioro de la Función Cardiovascular, nuevo diagnóstico NANDA. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(3), 1-3.
- Sancho, D. y Prieto, L. (2012). Teorías y modelos en la práctica enfermera. ¿Un binomio imposible? *Enfermería Global*, 27, 292-298.
- Santo Tomás, M. (2003). Historia de la Enfermería. En C. Fernández, M. Garrido, M. Santo Tomás y M.D. Serrano, *Enfermería Fundamental* (2ª Ed. pp. 3-127). Barcelona: Masson.
- Santos, S., López, M., Várez, S. y Abril, D. (2010). Propuesta de un modelo teórico para la práctica enfermera. *Nure Investigación*, 7(44), 5-6.
- Santos, S., López, M., Várez, S. y Abril, D. (2010). Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. *Enfermería Global*, 18, 1-11.
- Santos, S., López, M., Sánchez, G., Bardallo, L., Fernández, L., Zabalegui, A., Abril, D., Várez, S. y Tomás, J. (2011). Modelos teóricos y estudiantes de enfermería: aspectos motivacionales para su elección durante las prácticas clínicas. *Educ. méd.*, 14(2), 119-127.
- Schmieding, N.J. (2003). Ida Jean Orlando (Pelletier). Teoría del proceso enfermero. En A. Marriner y M. Raile, *Modelos y teorías en enfermería*. (5ª Ed., p. 403). Madrid: Elsevier España.
- Sempere, J. (2007). *Necesidades humanas y compromiso*. Rev. Presencia. Recuperado de <http://0-www.index-f.com.diana.uca.es/>
- Servicio Andaluz de Salud. (2004) ¿Qué es Diraya? *SAS Información*, 24, 5-7.

- Servicio Andaluz de Salud. (2014). *Centro de Gestión de Servicios TIC*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Acc.asp?pagina=pr_cges
- Servicio Andaluz de Salud. (2015). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. *Hospital Universitario Reina Sofía. Área de Enfermería. Manual Azahar*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=manual_azahar
- Shoemaker, J.K. (1985). Characteristics of a nursing diagnosis. *Occup Health Nurs*, 33, 387-389.
- Sieloff, C.L. y Messmer, P. (2011). Imogene M. King. Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos. En M. Raile y A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª Ed., pp. 286-308). Barcelona: Elsevier España.
- Smith, M.J. y Liehr, P. (Eds.). (2003). *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Sociedad de Enfermería de Atención Primaria Asturias (SEAPA). (2002). *Guía de metodología y diagnósticos de enfermería*. Oviedo: Grafinsa.
- Sorrentino, S.A., Remmert, L.N. y Gorek, B. (2012). *Fundamentos de Enfermería Práctica* (4ª Ed.). Barcelona: Elsevier.
- Suárez, M. y Pérez, A. (2007). *Principales contribuciones de la teoría de Virginia Henderson al desarrollo profesional de enfermería*. Recuperado de http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/?option=com_publicaciones&Itemid=66&idArticulo=46031&task=verArticulo&Anyo=2008&numPublica=4&numRevista=46&volRevista=6
- Sundeen, S. (1976). *Nurse client interaction implementing the nursing process*. St. Louis: Mosby.
- Tapia, J.A. (1994). Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional. *Med Clin*, 103, 140-142.
- Taylor, S.G. (2003). Dorothea E. Orem. La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En A. Marriner y M. Raile, *Modelos y teorías en enfermería*. (5ª Ed., pp. 189-211). Madrid: Elsevier España.
- Tejada, F.J. y Ruiz, M.R. (2009). *Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=
- Teixidor, M. (2002). *Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco conceptual de Virginia Henderson en los centros de*

atención primaria del Institut Catalá de la Salut. La salud y la calidad de vida, un reto para las enfermeras asistenciales, docente y gestoras. Barcelona: Fundación “La Caixa”.

- Tirado, G. y Burgos, J. (2008). Gestión del cuidado de un paciente con adrenoleucodistrofia. *Metas de Enfermería*, 11(1), 55-60.
- Tobar, F. (2010). *Formulación y análisis de objetivos*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/31822824/Formulacion-y-Analisis-de-Objetivos-Federico-Tobar>.
- Toronjo, A.M. y Rojas, M.J. (2009). La intervención profesional según el modelo de Henderson. En M.V. García, C. Rodríguez y A.M. Toronjo, *Enfermería del Anciano. Colección Enfermería S21*. (2ª Ed., pp. 96-103). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Torres, L.P., Doubova, S.V., Reyes, H., Villa, J.P., Constantino, P. y Pérez, R. (2006). Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten Primaria*, 38(7), 381-386.
- Touhy, T.A. y Birbanch, N. (2001). *Lydia Hall: el cuidado, base y modelo de la curación*. Philadelphia: Ed. Parker.
- Triviño, Z. y Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Cienc. enferm.*, 11(1), 17-24.
- Trujillo, M., Guerra, S. y Ramírez, F.J. (2012). Caso clínico: aplicación del proceso enfermero en una cura paliativa. *Revista Científica Hygía de Enfermería*, 81, 38-43.
- Úbeda, I. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario*. Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Ugalde, M. y Rigol, A. (1995). *Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA*. Barcelona: Masson.
- Universitat de Barcelona. (1996). *Homenatge a Virginia Henderson (1.897-1.996)*. Barcelona: UBtv (Portal audiovisual de la Universitat de Barcelona).
- Vallés, M.P., Casado, N., García, I., Manzanar, A. y Sánchez, L. ((2014). *Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales* (2ª Ed.). Madrid: Saned Grupo.
- Vargas, M.Y. (2007). Algunos fundamentos teóricos para el cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 15(1), 28-30.
- Vásquez, M.L. (2006). Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos. *Avances en enfermería*, 24(1), 73-80.

- Vázquez, J. (2004). La observación científica en el proceso de contrastación de hipótesis y teorías. *Theoria*, 49, 77-95.
- Vázquez, M.A., Gastelu, M.C. y Casals, J.L. (2008). Valoración de las necesidades de los ancianos que viven solos en una zona básica de salud. *Enfermería Clínica*, 18(2), 59-63.
- Vega, O.M. (2006). Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Rev. Ciencia y cuidado*, 3(3), 53-68.
- Vega, O.M. y González, D.S. (2004). Relación de la investigación. Teoría y práctica de Enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 1(1), 16-19.
- Velasco, S., López, B., Tourné, M., Calderó, M.B., Barceló, I. y Luna, C. (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/s*, 10, 111-31.
- Vera, M.L. (2009). Evolución del concepto de salud. En M.A. Campo, *Enfermería Comunitaria. Colección Enfermería S21*. (2ª Ed., Vol. I, pp. 48-61). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Vidal, R., Adamuz, J. y Feliu, P. (2009). *Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera*. Enferm. glob. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-1412009000300021&lng=es
- Vizcaya, T. y Gásperi, R. (2013). Necesidades en salud: una revisión conceptual y metodológica. *Revista venezolana de salud pública*, 1(1), 55-60.
- Von Krogh, G., Dale, C. y Naden, D. (2005). A framework for integrating NANDA, NIC and NOC terminology in electronic patient records. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 275-81.
- Vu, M.Q., Weintraub, N. y Rubenstein, L.Z. (2005). Falls in the nursing home: are they preventable? *J Am Med Dir Assoc.*, 6, 82-7.
- Warelow, P. (2008). Care: what nurses say and what nurses do. *Holistic nursing practice*, may-june, 146-153.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care. A theory of Nursing*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers.
- Watson, J. (2006). Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. *Rev ROL Enf.*, 29(7-8), 494-497.
- Watson, J. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 13-15.
- Watson, J. (2008). *Nursing: philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado.

- Wesley, R.L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería* (2ª Ed.). México: McGraw-Hill-Interamericana Editores.
- Wiendenbach, E. (1963). *Clinical nursing a helping art*. New York: Springer.
- Yamada, M.M., Korman, M. y Hughes, C.W. (2000). Predicting rehospitalization of persons with severe mental illness. *J Rehabil.*, 66(2), 32-39.
- Yura, H. y Walsh, M.B. (1982). *El Proceso de Enfermería: valoración, planificación, implementación y evaluación*. Madrid: Editorial Alhambra.

Anexo I



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D. Francisco Gómez Rodríguez, Presidente del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Puerto Real, Bahía de Cádiz y Campo de Gibraltar

Certifica que:

Reunido dicho Comité, se acordó informar favorablemente la viabilidad científica, económica y ética del Proyecto

"ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON Y SU APLICACIÓN AL ESTUDIO DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE LA POBLACIÓN DEL CAMPO DE GIBRALTAR", expediente (11_12), cuya investigador principal es D. Rafael González Rodríguez.

Se expide el presente, a los efectos oportunos, en Puerto Real a 29 de Septiembre de 2011.

Presidente del Comité de Ética de la Investigación

Francisco Gómez Rodríguez

